Psychoanalyse der Neurosen

Elf Vorlesungen
gehalten am Lehrinstitut der Wiener
Psychoanalytischen Vereinigung

Von

Dr. Helene Deutsch

Internationaler Psychoanalytischer Verlag
Wien

INTERNATIONAL
PSYCHOANALYTIC
UNIVERSITY

DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN

HELENE DEUTSCH

PSYCHOANALYSE DER NEUROSEN

PSYCHOANALYSE DER NEUROSEN

Elf Vorlesungen
gehalten am Lehrinstitut der Wiener
Psychoanalytischen Vereinigung

Von

DR. HELENE DEUTSCH

Internationaler
Psychoanalytischer Verlag
Wien

Druck der Vernay A.-G., Wien IX.

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung

EINLEITUNG

ERSTE VORLESUNG

Die Rolle des aktuellen Konfliktes in der Neurosenbildung

Meine Damen und Herren! Der Unterricht in der Psychoanalyse als klinische Disziplin muß sich methodisch wesentlich von jedem anderen klinischen Unterricht unterscheiden. Das, was der zukünftige Arzt und Therapeut praktisch erlernen soll, wird ihm in der medizinischen Klinik am Krankenmaterial gezeigt; das Krankheitsbild mit allen seinen Erscheinungen kann hier der direkten Beobachtung am Kranken selbst unterzogen werden. Der zukünftige Psychoanalytiker hingegen muß in der eigenen Analyse sein psychisches Leben der Selbstbeobachtung unterziehen und so zuerst an sich dasjenige empirisch erleben, was er später am Anderen verstehen will. Die Krankendemonstration, ein wichtiges Hilfsmittel des medizinischen Unterrichtes, muß im Unterricht der Analyse unterbleiben.

Diese Vorlesungen werden versuchen, Ihnen einen schwachen Ersatz für klinische Vorführungen zu bieten. Einzelne typische Krankheitsbilder sollen vor Ihnen entwickelt werden, an die sich theoretische Erwägungen nur so weit anschließen werden, als sie sich aus der Krankengeschichte lückenlos entwickeln lassen.

Alle Fälle, die hier zur Besprechung kommen werden, sind durch mich analysiert worden. Auf die Technik der Behandlung und auf den Genesungsvorgang werde ich nur gelegentlich

eingehen. Die Kenntnis grundlegender Begriffe setze ich bei Ihnen voraus, wie etwa der Kliniker bei der Besprechung eines Falles die Kenntnisse der pathologischen Anatomie voraussetzen kann.

Sie wissen, daß die Psychoanalyse bei der Entstehung neurotischer Erkrankungen drei ätiologische Momente hervorhebt: 1) die Fixierung der Libido, 2) die Regression, und 3) den sogenannten aktuellen Anlaß, der durch eine erlittene Versagung zu einem maßgebenden krankheitserregenden Faktor wird.

Wenn wir uns das eben Gesagte dynamisch vorstellen wollen, so entspricht die Versagung gleichsam einer Mauer, an der eine, sich nach vorwärts bewegende seelische Kraft zurückprallt, so daß sie gezwungen ist, nach rückwärts zu streben. Diesen Prozeß des Zurückstrebens nennen wir „Regression". Die Regression erfolgt bis zu jenen verlassenen Stationen früherer Entwicklungen, von denen eine besondere Anziehungskraft ausgeht. Diese persistierende Anziehungskraft entspricht der „Fixierung". Für die Art der neurotischen Erkrankung kann nicht der aktuelle Anlaß, bezw. die Versagung verantwortlich gemacht werden, sondern die Fixierung, die somit den Charakter eines dispositionellen Faktors bekommt.

Lassen Sie mich das eben Besprochene vorderhand kursorisch an drei Krankheitsfällen näher erläutern. Alle drei weisen im aktuellen Krankheitsanlaß, in der Art der Versagung eine vollkommene Identität auf. Im klinischen Bilde dagegen, im Aufbau der Neurose, sind sie gänzlich verschieden.

Drei Ehefrauen sind durch die Entwicklung ihrer Lebensschicksale in eine typische konfliktuöse Situation geraten. In Gefahr, ihre Ehe durch eine neue Liebesbeziehung zu zerstören, finden sie keinen anderen Ausweg als den einer neurotischen Erkrankung. Alle drei waren nicht imstande, den aktuellen Lebenskonflikt in einer gesunden, psychisch normalen Weise zu lösen. Jeder Entschluß zu einer Lösung mußte begreiflicherweise irgendeinen Verzicht mit sich bringen. Wohl erwies sich für alle drei der Verzicht auf die Erfüllung ihrer Liebeswünsche als einziger Ausweg aus dem Konflikt, aber als ein nicht befriedigender. Denn die Versagung wurde nicht

ertragen, die Krankheit kommt zum Ausbruch, d. h. aus dem aktuellen Konflikt wird eine Neurose. Daß diese drei Frauen keinen anderen Ausweg aus dem Lebenskonflikte finden, beruht auf ihrer neurotischen Disposition, auf der Krankheitsbereitschaft, die im Momente der Versagung zum Ausbruch kommt. Worin diese neurotische Disposition besteht, warum jede von ihnen eine gänzlich andere Form der Neurose zum Ausdruck des Konfliktes findet, werden wir im Weiteren erfahren.

Eine dieser drei Frauen erkrankt an typischen hysterischen Anfällen mit arc-de-cercle, heftigen Jaktationen des ganzen Körpers und typischen Abwehrbewegungen der Extremitäten. Wir erfahren aus ihrer Analyse, daß der Anfall der Darstellung grobsexueller, auf das versagte Objekt sich beziehender Phantasien dient, die, vom Bewußtsein abgesperrt, diesen Befriedigungsweg gefunden haben und daß die heftigen, motorischen Entladungen gleichzeitig die Erfüllung des sexuellen Wunsches als auch seine Abwehr bedeuten.

Die zweite Patientin drückt ihren Konflikt in einer ganz anderen neurotischen Form aus. Sie erkrankt an Platzangst, von der sie jedesmal befallen wird, wenn sie das Haus, ein Symbol ihrer ehelichen Treue, zu verlassen versucht. Das Leidenssymptom versperrt ihr wörtlich den Weg ins Freie und die Patientin zieht die traurige, aber angstfreie Einsamkeit zu Hause den Tendenzen vor, die sie vom Hause, von ihrem Familienleben wegbringen könnten. Die Angst, ein Symptom ihrer Erkrankung, wurde hier zum Wächter ihrer ehelichen Treue und zwingt sie zur Lösung des Konfliktes auf diese krankhafte Weise.

Die dritte dieser drei Frauen hat folgende Krankheitssymptome: Sie hat die Gewohnheit, ihren Kleiderkasten unzählige Male auf- und zuzumachen unter der Selbstdrohung, wenn sie es nicht tue, müsse ihr Mann sterben. In der Analyse wird es klar, daß das Aufmachen des Kastens dem Wunsch entspricht, ihre Kleider zu nehmen und den Geliebten aufzusuchen, das Zumachen dem Verbote, diesen Wunsch auszuführen. Gleichzeitig dient der

Kasten der symbolischen Darstellung ihres Genitales, das sich durch das Öffnen des Kastens zur Aufnahme des geliebten Objektes bereit erklärt, durch das Zumachen diese Absicht abwehrt. Neben anderen Symptomen hat diese Frau noch folgendes, für sie und ihren Mann qualvolles, Abschiedszeremoniell: Jedesmal, bevor er vom Hause weggeht, untersucht sie seine Taschen, um festzustellen, ob er alles Notwendige mitgenommen hat. Alle Gegenstände müssen in einer bestimmten Reihenfolge aus den Taschen herausgeholt werden, dann wiederum in der gleichen Reihenfolge zurückgesteckt werden: Schlüssel, Börse, Zigarettendose, Taschentuch usw. werden so und so oft der Prozedur des Herausnehmens und Hineinsteckens unterzogen. Kaum hat der Mann beim Weggehen die Schwelle überschritten, ruft sie ihn zurück, um das Zeremoniell von neuem zu beginnen.

In der Psychoanalyse stellte es sich heraus, daß sich im Anschluß an die Liebesversuchung in dieser Frau heftige Vernichtungswünsche gegen ihren Gatten erhoben hatten. Der unbewußte Wunsch seines Todes wurde besonders intensiv an einem Abend, als der Mann beim Ausziehen sein Taschenmesser aus der Tasche herausholte. Der latente Wunsch wurde in diesem Moment durch eine assoziative Verkettung mit dem Messer mobilisiert. Wie sich dann die Verschiebung auf andere Gegenstände vollzog und welchem psychischen Mechanismus die ermüdende Tätigkeit der Patientin entsprach, werden wir im weiteren Verlauf unserer Besprechungen erfahren.

Überlegen wir, worin bei den drei Beispielen, die durch ihren aktuellen Anlaß identisch, in der Reaktionsweise so verschieden sind, die Ursache dieser Verschiedenheit liegt. Bei allen drei Frauen besteht ein innerer Konflikt und jede von ihnen hat ihre besondere Art, in einer, für sie spezifischen Neurosenform, den Konflikt zu lösen. Sind ja die neurotischen Symptome nichts anderes als mißglückte Versuche zur Erledigung des inneren Konfliktes. Warum wählt jede von diesen Frauen zur Darstellung des Konfliktes eine so divergierende Ausdrucksweise im Symptom? Dazu müssen wir

die tieferen Ursachen ihrer Erkrankung, analytisch vorgehend, erforschen, denn erst dann wird sich ergeben, warum die drei Patientinnen auf den analogen Anlaß so verschieden reagierten. Ihnen gemeinsam, und nur zufällig gleichartig war der „aktuelle Anlaß" zu ihren spezifischen, neurotischen Reaktionen.

Mit diesem „aktuellen Konflikt", durch den die Neurose zum Ausbruch kommen kann, wollen wir uns näher beschäftigen.

Wir haben in den obigen Beispielen gesehen, wie der aktuelle Lebenskonflikt zu einer Neurose geführt hat, und haben behauptet, daß diese einen Versuch darstellt, den Konflikt, wenn auch in einer krankhaften Form, zu lösen. Die Erfahrung hat uns nun gelehrt, daß die i n n e r e n, neurotischen Konflikte dann entstehen, wenn der Libido die Möglichkeit einer ichgerechten Befriedigung in der Außenwelt entzogen wurde, oder auch, wenn infolge unerträglicher, narzißtischer Kränkungen Sublimierungen mißlungen sind. Es ist dann eine Situation eingetreten, in der wir von einer Erkrankung an der „äußeren Versagung" sprachen.

Die Reaktion des Individuums auf die äußere Versagung kann eine normale oder eine neurotische sein. In beiden Fällen befindet es sich im Augenblick der Versagung in einer feindseligen Einstellung gegen die versagende Realität.

Wir sagen dann, das Individuum stehe in einem aktuellen Konflikt; dieser ist aber solange nicht als neurotisch zu bezeichnen, als dem Geschädigten Mittel zur Verfügung stehen, diesen äußeren Konflikt in realitätsangepaßter Weise zu lösen. Er könnte ja die Außenwelt sich gefügig machen oder, wo dies nicht möglich ist, die Versagung ertragen, d. h. verzichten. Es steht ihm dann frei, nach neuen Befriedigungsmöglichkeiten zu suchen. Erst wenn diese Lösungen sich nicht ermöglichen lassen, d. h. wenn der aktuelle Konflikt mit der Außenwelt dem Betroffenen unlösbar erscheint, wird die „äußere Versagung" zu einer inneren, was einem circulus vitiosus entspricht. Denn die Unfähigkeit, einen realen Konflikt zu lösen, war ja von vornherein durch innere Motive bedingt. Die äußere Versagung an sich muß keine pathogene Wirkung haben; erst wenn der äußere

Konflikt seinen Schauplatz von der Außenwelt in die Innenwelt verlegt, entsteht der innere Konflikt, — die Neurose. Das an der Außenwelt enttäuschte Ich sieht sich genötigt, nach Ersatzbefriedigungen zu suchen, wobei es den uns bekannten Weg der Regression antritt. Was also den real bedingten aktuellen Konflikt zu einem neurotischen macht, ist seine subjektive Unlösbarkeit. Diese Unlösbarkeit ist aber bereits der Ausdruck einer neurotischen Einstellung zur Außenwelt und führt zur Umwandlung der realen Versagung in einen neurotischen Konflikt, der aber noch nicht unbedingt zur Symptombildung führen muß. Ich brauche hier nicht näher auf die Ausdrucksformen dieser Konflikte einzugehen. Sie haben entweder den Trauercharakter des nicht überwundenen äußeren Verlustes. Oder sie tragen das Gepräge einer inneren Unentschlossenheit, als das Resultat eines unentschiedenen Kampfes zwischen zwei psychischen Tendenzen, z. B. zwischen den beiden Gefühlsströmungen des Ambivalenzkonfliktes oder zwischen einer Triebregung und einem inneren Verbot usw.

Ein typisches Beispiel eines neurotischen Konflikts ist etwa auch die Unmöglichkeit der Loslösung von einem nicht mehr geliebten Objekte, entweder aus neurotischer Unfähigkeit auf ein neues zu übertragen, oder aus bewußtem Verzicht auf ein neues infolge von Schuldgefühlen dem alten gegenüber usw. Die Analyse entdeckt immer in derartigen konfliktuösen Situationen die Wiederholung eines infantilen Vorbildes, nur in einer aktualisierten Auflage.

In manchen Fällen drücken sich die neurotischen Tendenzen in einem konfliktuösen Agieren aus, das der realen Welt zugewendet ist. In anderen Fällen sieht man, daß der äußere Anlaß die Rolle eines agent provocateur übernommen hat, um eine schon chronisch konfliktuöse Beziehung zur Außenwelt in eine neurotische Erkrankung hinüberzuleiten. Das neurotische Symptom verdankt nämlich seine Entstehung denselben tieferen Quellen, aus denen früher die Schwierigkeiten in der Realitätsanpassung entsprungen sind.

Bei der Unlösbarkeit eines realen Konflikts in normaler Weise

— und zwar infolge der inneren Unfähigkeit zur Anpassung — macht häufig das Ich krampfhafte Versuche, ein Kompromiß zu finden, bevor es die Libido auf tiefere Regressionswege verweist, eine Lösung, die dann einen ganz individuellen Charakter trägt. Erst wenn diese nicht zustande kommt, entstehen die neurotischen Kämpfe. Das eben Gesagte mag etwas dunkel erscheinen und soll deshalb durch ein Beispiel klargemacht werden.

Eine Patientin kommt in die analytische Behandlung mit der Angabe, sie sei vollkommen gesund und erscheine zur Behandlung nur auf das Drängen des Mannes, der sie für „nervös" erkläre.

Vom Manne schon vorher eingeweiht, wußte ich aber, daß ein aktueller Konflikt neurotische Schwierigkeiten bei der Patientin hervorgerufen hatte. Dies ergab sich auch aus der Analyse. Nach einer 15-jährigen Ehe hatte sich der Gatte der Patientin leidenschaftlich in eine, eben in die Familie eingeheiratete Nichte verliebt. Scheinbar zur Entlastung seines Schuldgefühls und mit Rücksicht auf den platonischen Charakter dieser Liebe, hatte er seine Frau zur Mitwisserin seiner Liebe gemacht. Die Patientin hatte sich daraufhin in die Rolle der „besten Freundin" ihres Mannes begeben, unterdrückte jede, irgendwie feindselig gefärbte Reaktion und versuchte mit allen Mitteln in eine freundschaftliche Beziehung zu der neuen Verwandten zu treten. Die junge Frau erschien ihr als das wundervollste Wesen der Welt, erfüllte von nun an ihre Sehnsuchtsphantasien und erst als die Bemühungen um die Freundschaft an dem geringen Entgegenkommen der jungen Frau scheiterten, verfiel unsere Patientin in neurotische Schwierigkeiten. Es zeigte sich im weiteren Verlaufe der Analyse, daß die Patientin ihr ganzes Leben mit gewissen männlich gerichteten Tendenzen zu kämpfen hatte, die sie einst zu Gunsten ihres Mannes zurückgedrängt hatte. Als Mädchen musikalisch sehr begabt und künstlerisch ehrgeizig, gab sie dennoch das Studium auf und wurde eine brave Hausfrau, ein Opfer, das sie, wie sie immer stark betonte, nur für ihren Mann gebracht hatte. Nach der nun erfolgten Liebesenttäuschung schickte sie sich an, dieses Opfer rückgängig zu machen, begann neuerlich Musik zu studieren, wogegen

sich, gegen ihre Erwartung, keinerlei Protest von Seiten des Gatten erhob. Daraufhin machte sie sich selbst das Studium unmöglich, indem sie gleichzeitig geradezu in einen „Hausfrauenfuror" geriet und eine häusliche Situation schuf, in der sie sich zu den niedrigsten Hausarbeiten hergab und so das früher dem Manne gebrachte Opfer jetzt neurotisch verzerrte. Gleichzeitig lebte sie im ewigen Kampfe mit dem Dienstmädchen, das ihr nichts recht machen konnte, so daß sie in ewiger Unzufriedenheit selbst sämtliche Hausarbeiten verrichtete. Trotzdem sie das Dienstmädchen für unbrauchbar erklärte, brachte sie es trotz des intensivsten Hasses nicht fertig, das Mädchen aus dem Hause wegzuschicken. Als das Mädchen dann selbst das Haus verließ, fing bei dem neuen dieselbe Kampfsituation wiederum an.

In der Analyse stellte sich bald heraus, daß der tiefere Grund, warum die Patientin die Behandlung gerade bei mir aufsuchte, in einer unbewußten Beziehung zu mir lag, in der sie schon vor der Analyse, ohne mein Wissen, gestanden war. Durch gewisse Umstände hatte sie ihre affektive Einstellung zur Rivalin auf mich übertragen und kam in die Analyse, um meine Liebe zu gewinnen. Hier hatte sie dann Gelegenheit, den ganzen, sadistischen Haß gegen die Rivalin zu erleben, ihren Konflikt mit dem Dienstmädchen als Verschiebung zu erkennen und nachträglich die neurotischen Grundlagen des Konflikts zu agnoszieren. Bis dahin — diese Erkenntnis kostete ein Jahr analytischer Arbeit — hielt sie ihren realen Konflikt für vollkommen erledigt und belanglos und meinte, dem Manne längst die Untreue verziehen zu haben. Wir können hier trotz der Kürze der Krankheitsgeschichte sehen, wie der aktuelle Konflikt aus einem „äußeren" zu einem „inneren" geworden ist.

Lassen Sie uns diesen Fall noch einer kurzen ergänzenden Überlegung unterziehen. Die Patientin befand sich in einem realen aktuellen Konflikt; die normale Reaktionsweise wäre gewesen: entweder auf das Objekt verzichten und nach einer Trauerarbeit ein neues finden, oder sich in einen Konkurrenzkampf mit der Rivalin begeben. Diesen „Anpassungsmodus" fand Patientin aber nicht. Warum? Die

Analyse zeigte als Antwort, daß infolge gewisser, infantiler Einstellungen, die sie zeitlebens behalten hatte, die Liebesbindung der Patientin an das Objekt immer umso stärker wurde, je mehr es sich ihr versagte. Aber auch die andere Möglichkeit, einen Kampf gegen die Rivalin zu unternehmen, blieb ihr verschlossen, weil ihre aggressiven Rachetendenzen immer so intensiv waren, daß sie einer Zurückweisung, einer Verdrängung unterliegen mußten.

Die Patientin hätte aber eine Lösungsmöglichkeit gehabt, bei der sie trotzdem gesund, d. h. ohne Neurose geblieben wäre. Die Analyse ergab nämlich, daß die Patientin schon mehrere Male im Leben in ähnlichen aktuellen Konflikten gewesen war, die sie in einer für sie spezifischen Weise gelöst hatte, und zwar im Sinne eines Kompromisses von Seiten des Ichs, — wie ich es eingangs erwähnt habe. Dieses Kompromiß war: auf das heterosexuelle Liebesobjekt verzichten, aber sich als Dritte zwischen den Mann und die Frau drängen und das Bündnis durch homosexuelle Besitznahme der Frau trennen. So hatte sie schon in der Kindheit die Eltern auseinanderzubringen versucht, eine Aktion, die sich in einer überschwänglichen Liebe zur Mutter verhüllte. Aus dieser Kindheitssituation stammten ihre männlichen Tendenzen, die sie dann später dem Manne zum Opfer brachte.

Da ihr diese einzig gangbare Lösung in ihrem neuen Konflikt durch den Widerstand der Rivalin unmöglich gemacht wurde, mußte der Konflikt zur Neurose führen. Die Haßtendenzen gegen die Rivalin verschiebt sie auf das Dienstmädchen, die Aggressionen gegen den Mann verwandelt sie ins Masochistische (niedrige Hausarbeiten), wobei sie sadistisch sein Schuldgefühl durch die Opfer belastet, die sie ihm immer wieder demonstriert.

Hier sehen Sie, wie der aktuelle Konflikt in den neurotischen übergeleitet wurde, ohne daß der Patientin selbst die Unerträglichkeit des realen Konfliktes bewußt gewesen wäre. Sie sehen auch an diesem Beispiel, wie das Ich Lösungsversuche unternimmt, um sich vor der Erkrankung zu schützen, und erst wenn diese mißlingen, in die „Unlösbarkeit“, d. h. in die Neurose verfällt.

Die analytischen Erkenntnisse des menschlichen Seelenlebens haben uns gezeigt, daß jeder Kulturmensch sich eigentlich immer in einem latenten Konflikt mit der realen Welt einerseits, mit seinen eigenen inneren Instanzen andererseits befindet, da er immer Versagungen zu erleiden und Hemmungen zu überwinden hat. Wie er diese inneren und äußeren Konflikte harmonisch erledigt, ist die Angelegenheit seiner Persönlichkeit. Jedenfalls hat jeder seine charakteristische, man kann sagen seine charakterologische Art, die normalen Versagungen zu ertragen und zu bewältigen. Der latente Konflikt wird erst aktuell, wenn die Toleranzgrenze, die für das betreffende Individuum spezifisch ist, überschritten wird. Letzteres kann erfolgen, entweder infolge der Größe der Versagung oder durch eine Schwäche des Ichs oder auf dem Wege einer besonderen Affinität der Versagung zu Tendenzen, die bis dahin in guter Verdrängung gehalten worden sind. Auch hier spielt der „aktuelle Anlaß" die Rolle des aktivierenden agent provocateur. Der entstandene Konflikt ist aber nicht nur nach einem Vorbild aufgebaut, sondern die Psychoanalyse pflegt zu zeigen, daß mancher Konflikt, ähnlich dem aktuellen, in nicht pathologischen, rudimentär gebliebenen Formen seit jeher wie ein roter Faden das Leben dieses Individuums durchzogen hat. In vielen Fällen hat man den Eindruck, daß der aktuelle Anlaß selbst durch eine unbewußte Provokation entstanden ist und daß die Art der provozierten, realen Versagung für das betreffende Individuum ebenso spezifisch ist wie die Art der Konfliktbildung (z. B. bei Liebeskonflikten). Wir sehen, daß nicht nur der Neurotiker, sondern auch der Gesunde die Tendenz hat, die einmal aktuell gewesenen Konflikte seiner Kindheit immer wieder zu aktualisieren. Ein gesunder Mensch tut zwar dasselbe, aber in einer ichgerechten, realitätsangepaßten Weise; er gründet eine neue Familie, schafft Vereine, „gemeinsame Ideale" usw., mit einem Wort, er schafft sich ständig selbst Konflikte, um sie zu lösen. Ist er neurotisch, so versagt die Lösung des realen Konfliktes und sein Ich gerät in einen Zustand, den wir den „aktuellen Konflikt" des Neurotikers genannt haben. Seine Verwandtschaft mit dem neurotischen

Symptom, seine Abhängigkeit von den gleichen dynamischen Momenten äußert sich auch darin, daß er deutlich seine Zugehörigkeit zu einem der typischen Krankheitsbilder erkennen läßt, indem er sich in einer hysterischen oder zwangsneurotischen Form abspielt, ohne dabei aber schon zu wirklichen Symptomen zu führen.

Es kann hier nicht unerwähnt bleiben, daß die Frage des aktuellen Konflikts mehrmals zu lebhaften Diskussionen Anlaß gegeben hat. In jüngster Zeit erst hat Rank der Psychoanalyse zum Vorwurf gemacht, sie vernachlässige den aktuellen Konflikt zu Gunsten der historischen Vergangenheit.

Im Großen und Ganzen dürfte die Frage des aktuellen Konfliktes ihre beste Lösung in folgendem, von Freud ausgesprochenen Satz gefunden haben: „Der aktuelle Konflikt des Neurotikers wird erst verständlich und lösbar, wenn man ihn auf die Vorgeschichte des Kranken zurückführt und den Weg geht, den seine Libido bei der Erkrankung gegangen ist."

Diese prägnante Formulierung des aktuellen Konfliktes wurde Ihnen, wie ich hoffe, an dem Beispiel, das ich Ihnen gegeben habe, genügend erläutert.

Solange der Konflikt eines Menschen einen vollkommen realen Charakter hat, steht er außerhalb des analytischen Interesses. Dieses beginnt, wenn der Konflikt neurotische Reaktionen hervorgerufen hat, also in innigste Verbindung mit der ganzen neurotischen Persönlichkeit geraten ist, d. h. die Wandlung von einem realen zu einem neurotischen Konflikt erfahren hat. Die Beantwortung der Frage, wie sich der Psychoanalytiker zu den aktuellen Konflikten seiner Patienten zu verhalten habe, ergibt sich dann von selbst. Sie lautet: Wie zu allen übrigen psychischen Äußerungen des Kranken. Der Analytiker deckt die Widerstände auf, wo sie sich dokumentieren und lehnt, wie immer, den Versuch des Patienten ab, das Interesse des Analytikers von den unbewußten Vorgängen auf die Aktualität abzulenken.

Ist der real bedingte Konflikt manifest und beherrscht er sehr das bewußte Seelenleben des Patienten, so muß dieser allmählich

dazu erzogen werden, seine Aufmerksamkeit der analytischen Aufdeckung der unbewußten Quellen des Konfliktes zuzuwenden. Ist der aktuelle Konflikt verdrängt und durch Symptome oder Verschiebung auf ein anderes Gebiet ersetzt (wie es bei der oben besprochenen Patientin der Fall war), so ist es selbstverständlich notwendig, die unbewußten Widerstände zu beseitigen und den aktuellen Konflikt zu entlarven.

Besonders in zwei Fällen muß der verdrängte aktuelle Konflikt der konsequenten Bearbeitung unterzogen werden: 1) Wenn der Patient mit Eifer auf das infantile Material eingeht und das Interesse des Analytikers von den aktuellen Konflikten abzuwenden versucht. 2) Wenn der aktuelle Konflikt und die Übertragungsneurose, d. i. die neurotische Beziehung des Patienten zum Analytiker, in eine innige Symbiose miteinander geraten sind und durch diese Verquickung die Übertragungswiderstände mit den unbewußten Widerständen aus dem aktuellen Konflikt unter einer Flagge sich gegen die Analyse wenden. Ich erinnere Sie an das Verhalten der besprochenen Patientin, die ein großes Stück ihres aktuellen Konfliktes (die Liebesversagung von Seiten der Geliebten des Mannes) auf mich übertrug und beides, d, h. den aktuellen Konflikt und die Liebeswerbung um meine Person zu verdrängen suchte. Die unrichtige Einschätzung der Bedeutung des aktuellen Konfliktes in einem solchen Falle zu Gunsten des infantilen Materials wäre natürlich ein grober Kunstfehler von Seiten des Analytikers.

Meist gestaltet sich jedoch der Verlauf so, daß mit der Bildung der Übertragungsneurose der ganze Konflikt mit der Außenwelt an Interesse verliert und dieses der Analyse, bezw. dem Verhältnis zum Analytiker zugetragen wird. Mit der Lösung der Übertragungsneurose pflegt sich zuweilen der aktuelle Konflikt automatisch zu lösen, sogar — wie es häufig vorkommt — ohne daß man sich mit ihm unmittelbar beschäftigt hätte. Solche Fälle liefern den zwingenden Beweis für die absolute Zugehörigkeit des aktuellen Konfliktes zu tieferen Quellen.

Es kommt auch vor, daß die Widerstände in der Analyse so

zum Ausdrucke kommen, daß die Patienten außerhalb der Analyse für Gefühle, die die Analyse in ihnen mobil gemacht hat und die der Analytiker nicht befriedigen kann, in der Außenwelt eine Abfuhr suchen. Sie agieren dann manifest und real ihre neurotischen Übertragungswünsche und schaffen so für die aktuelle Situation der Analyse eine Parallele in der Außenwelt. Die Störungen, die sich daraus ergeben, liegen darin, daß das Agieren aktuell gewordener Konflikte in der Außenwelt, im Gegensatz zu den Versagungen von Seiten des Analytikers, für die Patienten den Vorzug des Gewährens hat und dadurch ihr Interesse von der Kur abwendet. So kommt es z. B. während der Analyse vor, daß Patienten neurotische Liebesbeziehungen anknüpfen, um so einen realen Ersatz für die infantilen Wunschphantasien, die die Übertragung in ihnen erregt hat, zu bekommen. Für den Gang der Analyse pflegen solche Situationen eine sehr ernste Gefahr zu bedeuten. Für den Patienten bringen sie in der Regel sehr bald aktuelle Konflikte, die selbstverständlich der analytischen Bearbeitung unterliegen müssen.

Erleidet der Patient während der Analyse eine reale Kränkung von der Außenwelt, die mit starken Affektreaktionen einhergeht, so muß die Stellung des Analytikers der Situation angepaßt werden. Er wird, wenn auch mit Zeitverlust in Bezug auf den Gang der Analyse, dem Patienten sein menschliches Interesse und seine Hilfsbereitschaft bekunden, auch wenn er durch dieses Handeln für eine Zeitlang die analytische Situation verschiebt. Erst wenn die Verlustreaktionen des Patienten einen neurotischen Charakter annehmen, wird er seine Aufmerksamkeit mehr diesen Reaktionen, weniger ihrem Anlaß zuwenden. Es gibt kaum ein Ereignis während der Analyse, das nicht allmählich in die Übertragung und in die Ganzheit der analytischen Situation einflösse. Die Möglichkeiten lassen sich hier kaum übersehen und aufzählen und in den meisten Fällen muß dem Analytiker das Wissen und der Takt den Weg weisen, von wo aus er den Zutritt zu dem konfliktuösen Innenleben bekommt. Regeln lassen sich nicht für alles aufstellen.

ERSTER TEIL

HYSTERIE

ZWEITE VORLESUNG

Hysterische Schicksalsneurose

In der vorigen Vorlesung haben wir unsere Aufmerksamkeit dem aktuellen Anlaß zur Entstehung eines neurotischen Zustandes zugewendet und es wurde uns klar, daß der aktuelle Konflikt nur die Rolle des agent provocateur zu spielen pflegt. In manchen Fällen ist er sogar selbst erst die Folge und das Produkt einer neurotischen Provokation. Wir haben auch von Individuen gesprochen, deren Schicksal in ewigen, aktuellen Konflikten verläuft, wobei ihre eigene Einstellung zum Leben diese konfliktuösen Situationen ständig heraufbeschwört. Bei solchen chronischen Zuständen bekommen die aktuellen Konflikte einen spezifischen Charakter, weil sie ja ein Spiegelbild eines ständig sich auswirkenden, inneren Konfliktes darstellen. Aber auch umgekehrt: ein von der Außenwelt kommender Konfliktanlaß wird verschiedene Reaktionen hervorrufen, entsprechend der inneren Bereitschaft des betreffenden Individuums. Sie erinnern sich der drei Patientinnen, von denen ich gesprochen habe. Ein und derselbe Anlaß hatte bei ihnen drei gänzlich verschiedene Reaktionsweisen in drei verschiedenen Neurosenformen provoziert. Die Ursachen dieser Verschiedenheit lagen deutlich nicht im aktuellen traumatischen Erlebnis, das alle drei Patientinnen in gleicher Weise betroffen hat. Sie lagen in anderen Momenten, die man als „dispositionelle“ bezeichnen kann. Ohne näher auf die Bedeutung dieses

Begriffes einzugehen, möchte ich mich jetzt nur auf die Bemerkung beschränken, daß das, was wir Disposition nennen, im Psychischen wesentlich auf zwei Faktoren zurückzuführen ist: auf einen im frühesten Erleben erworbenen Anteil und auf eine konstitutionell bedingte, also angeborene Bereitschaft. Diese ist analytisch nur in ihren Folgezuständen angreifbar. Der erste Faktor dagegen, das infantile Erlebnis, spielt in der Analyse eine wichtige Rolle. Es ist nicht meine Absicht, hier die geschichtliche Entwicklung der analytischen Erkenntnisse über das infantile Trauma zu erörtern. In diesem Zusammenhang soll nur betont werden, daß das analytische Wissen vom Wesen der Neurose mit der Aufdeckung der fundamentalen Bedeutung des infantilen Traumas für die Entstehung der Neurose beginnt. (Freud und Breuer.)

Diese ersten Einsichten haben dann im Laufe der Jahre sowohl eine weitere Vertiefung wie auch weitgehende Korrekturen erfahren. Das ist so zu verstehen: Es gibt wohl eine Anzahl von Fällen, bei denen ein schweres Kindheitserlebnis, ein sogenanntes psychisches Trauma, die Neurose nicht nur provozierte, sondern sie auch wirklich verursachte. Bei diesen Fällen kann man mit einer gewissen Sicherheit sagen, daß nur die Ungunst des Erlebnisses das Kind krank gemacht hat. Bei der überwiegenden Mehrzahl der analytisch untersuchten Kranken konnte man aber die Beobachtung machen, daß die sogenannten traumatischen Erlebnisse der Kindheit keine andere Bedeutung haben, wie die späteren aktuellen Konflikte des Erwachsenen. Sie wirkten traumatisch, weil sie nicht überwunden werden konnten, und zwar meist infolge einer bereits bestehenden inneren Bereitschaft des Kindes, die sogar diese Erlebnisse in manchen Fällen selbst provozieren konnte. Ja, wir sind sogar häufig imstande festzustellen, daß zwischen den späteren, aktuellen, neurotischen Konflikten und jenen ersten, traumatischen Erlebnissen des Kindes eine Analogiebeziehung besteht. Diese Beziehung kommt entweder so zustande, daß ein psychisches, in der Kindheit nicht bewältigtes Erlebnis die Tendenz hat, im späteren Leben von neuem belebt und

wiederholt zu werden, oder so, daß eine bestimmte dispositionelle Bereitschaft des Kindes auf ein akzidentelles Erlebnis neurotisch reagiert hat. Diese, im späteren Leben unverändert gebliebene dispositionelle Bereitschaft kann verursachen, daß das Individuum auf ähnliche akzidentelle Ereignisse immer in derselben neurotischen Weise reagieren wird.

Zur Annahme des „dispositionellen Momentes" wurden wir durch die analytischen Erfahrungen gedrängt. Diese zeigten uns unzweideutig, daß die vollkommen normalen Erlebnisse nicht von allen Kindern in normaler Weise bewältigt werden. Eine der wichtigsten analytischen Erkenntnisse liegt in der Erfahrung, daß schon die normalen Bedingungen des kindlichen Lebens an das unreife Individuum Anforderungen stellen, deren psychische Verarbeitung nicht immer gelingt. Die Unfähigkeit zur Bewältigung dieser Schwierigkeiten kann verschiedene pathologische Reaktionsweisen hervorrufen. Der Einblick in das kindliche Seelenleben belehrte uns, daß das Kind eigentlich immer in „aktuellen Konflikten" lebt, daß es in gewissen Phasen seiner Entwicklung sogar in der Regel mit vorübergehenden Angstzuständen, der typischen Form einer infantilen Aktualneurose, auf diese Konflikte reagiert. Es kann dann trotzdem gesund bleiben, bis eine Versagung im späteren Leben, die nicht ertragen wird, schließlich doch eine neurotische Erkrankung hervorruft. Zwischen der neuen Neurose und der infantilen läßt sich dann in der Analyse der Zusammenhang herstellen. Häufig kann man dann erkennen, daß das Individuum auch in der Zwischenzeit nur relativ gesund war.

In anderen Fällen nimmt die Kindheitsneurose gleich im Beginne den Charakter eines lebenslänglichen psychischen Gebrechens an und die Spezifität der Neurose ist damit schon von Kindheit an gegeben. Zum Unterschied von den oben erwähnten infantilen Angstzuständen, die noch keiner speziellen Neurosenform zugehören. Die Art der Neurose beruht in einem konstitutionellen Momente, das sich von der ersten Kindheit an zu verraten pflegt.

Ohne vorher theoretisch auf das Wesen dieser dispositionellen

Momente einzugehen, möchte ich mit Ihnen auf Grund von Analysen, die ich Ihnen darstellen werde, vorerst verschiedene Formen hysterischer Erkrankungen besprechen. Aus der Gemeinsamkeit, die sich dann als Resultat der Betrachtung mannigfaltiger Formen dieser Neurose ergeben wird, werden wir dann theoretische Schlüsse mit größerem Verständnis ziehen können.

Ich beginne mit dem Zustandsbild einer Patientin, dem ich den Namen „hysterische Schicksalsneurose" geben will. Wir werden uns überzeugen können, daß die Patientin, die symptomfrei ist und das Pathologische an ihrem Schicksal ebensowenig ahnt wie ihre Umgebung, in ihrem Seelenleben denselben Schwierigkeiten und pathologischen Bindungen unterlegen war, wie andere, die an schweren hysterischen Symptomen zu leiden haben.

Eine 25 jährige junge Dame macht die lange Reise aus ihrer überseeischen Heimat nach Wien, um fluchtartig das Milieu ihres aktuellen Konfliktes zu verlassen, und hier für die Erregung, in der sie sich befindet, Hilfe in einer psychoanalytischen Behandlung zu suchen. Auf der langen Reise legt sich die Erregung und in der Sprechstunde erscheint bereits ein ruhiges, zuversichtliches Mädchen, ohne die geringste Krankheitseinsicht und derzeit, wie sie meint, nicht mehr behandlungsbedürftig. Sie ist schön, gebildet und lebt daheim in glänzenden Verhältnissen. Knapp vor ihrer Abreise hatte sie einen mißlungenen Selbstmordversuch begangen; von dem Revolverschuß blieb ihr nur eine kaum sichtbare Narbe an der Schläfe zurück. Sie verübte die Tat in einem kleinen Hotel ihrer Vaterstadt unter Umständen, die in ihr selbst jetzt den Verdacht aufkommen lassen, daß es sich um ein Arrangement von zwanghaftem Gepräge gehandelt haben könnte. Das Motiv des Selbstmordes war ihr selbst nie ganz klar geworden. Allmählich beginnt sie, in diesem ersten Gespräch, einzusehen, daß sich in ihrem Leben etwas Dunkles, scheinbar Krankhaftes abspiele, eine Einsicht, die sie überzeugt, daß sie doch eine analytische Behandlung notwendig habe.

Die Darstellung einer halbwegs lückenlosen, analytischen Krankengeschichte müßte sehr umfangreich sein. Ich will Ihnen nur einen

kleinen Ausschnitt aus der Krankengeschichte zeigen, nur soviel, als unbedingt notwendig ist, um das Typische aus einer „Schicksalsneurose“ herauszuheben:

Die Patientin hatte eine äußerlich geordnete Kindheit, die nur durch den Umstand getrübt war, daß das junge ehrgeizige Mädchen infolge von Hemmungen und inneren Schwierigkeiten ihren lebhaften und intensiven intellektuellen Interessen und dem Wunsche, zu studieren und einen Beruf zu ergreifen, nicht nachkommen konnte. Noch ganz jung verlobte sie sich mit einem Vetter, mit dem sie eine zärtliche Liebe mehrere Jahre verband. Sie selbst fühlte sich jedoch in dieser Liebesbeziehung nicht „erfüllt“, wie sie sagte. Der Verlobte jener Zeit liebte ihrer Ansicht nach zu sehr „das Weibliche“ an ihr und ließ jene geistigen Tendenzen, auf die sie selbst so großen Wert gelegt hatte, vollkommen unbefriedigt. Vom Geliebten erzählte sie gelegentlich, daß er, trotz seiner großen Liebe für sie, auch polygame Neigungen gehabt habe, ohne daß diese das geringste Gefühl der Eifersucht in ihr hervorgerufen hätten.

Auf einer ihrer Reisen lernte sie einen älteren Mann kennen, der in einer hohen diplomatischen Stellung, mit besonderen geistigen Gaben ausgestattet, ihr Interesse erweckte. Es entwickelte sich ein freundschaftlich geistiger Kontakt, anfangs ohne erotische Anziehung. Der Betreffende lebte in einer zweiten und wie die Patientin anfangs dachte, scheinbar glücklichen Ehe. Als die freundschaftliche Intimität größer wurde, bekannte ihr jedoch der Mann, daß seine Ehe nicht glücklich sei und ihm über die Trauer um seine erste heißgeliebte verstorbene Frau nicht hinweghelfe. Dieses Bekenntnis des Mannes zu seiner großen, nie erloschenen Leidenschaft für die Verstorbene wirkte wie ein *„coup de foudre“* auf das Herz unserer Patientin. So geliebt zu werden, wie die Verstorbene geliebt wurde! Dieses plötzliche Empfinden wurde zum Beginn eines Liebesverhältnisses. Patientin löst ihre erste Verlobung, der neue Geliebte trennt sich von seiner Frau und für unsere Patientin beginnt eine scheinbar glückliche Lebenszeit.

Eine sonderbare Episode bringt Wolken in diese Beziehungen.

Der Geliebte wird an das Krankenlager seiner Frau berufen. Patientin betrachtet seine Wegreise als einen selbstverständlichen Akt der Menschlichkeit und protestiert gar nicht gegen das Unvermeidliche. Sie benützt die Zeit seiner Abwesenheit zu einer kleinen Reise; unterwegs begegnet sie einem Manne, den sie wohl von früher her kennt, ohne ihm je das geringste Interesse entgegengebracht zu haben, und gibt sich dem völlig Gleichgültigen willenlos hin. Sie wird gravid und man beschließt eine sofortige Ehe. Allmählich ändert sie doch diesen Entschluß, läßt die Schwangerschaft unterbrechen und kehrt zu dem Geliebten zurück, dem sie ein reuevolles Geständnis ablegt. Ihre Beziehungen zu ihm werden wieder zärtlich wie vorher, der Mann erreicht die Scheidung von seiner Frau und der Termin der Hochzeit wird festgesetzt. Mitten in den Vorbereitungen begeht die Patientin den erwähnten Selbstmordversuch, der für beide auch das Ende der Liebesbeziehungen bedeutet.

Zeitweise während der Analyse kehrt eine schmerzhafte Sehnsucht nach dem Geliebten wohl zurück, Patientin ist aber von der Überzeugung durchdrungen, daß sie ihm nie mehr begegnen soll. In der Schilderung ihrer Beziehungen zu ihm stellt sie diese in einen Gegensatz zu ihrer ersten Liebe (zu ihrem Vetter). Die zweite Beziehung war geistig erfüllend und darum so beglückend, weil der selbst so hochstehende Mann ihre eigene Geistigkeit so hoch bewertet hatte. Im Gegensatz zum ersten Bräutigam stellte er an sie geistige und ideale Forderungen. Von diesen Forderungen, die sie sich selbst so erwünschte, gingen aber merkwürdigerweise die Trübungen ihres Liebesglückes aus. Oft verbrachte sie qualvolle Nächte vom Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit geplagt. Sie hatte den Eindruck, daß sich ein großer düsterer Schatten auf ihr Leben senke. Je näher die Erfüllung nahte, knapp vor der Hochzeit, legte sich der Schatten immer mehr auf ihr Gemüt und es drängte sie zu jenem für sie und für die anderen scheinbar unmotivierten Selbstmordversuch.

Schon im ersten Gespräch hatte sie mir gesagt, daß der Selbstmordversuch nichts mit unglücklicher Liebe zu tun habe. Wohl

hätte sie damals eine Entfremdung im Wesen des Geliebten und eine Abkühlung seiner Gefühle bemerkt und den Eindruck gehabt, daß sie im Begriffe sei, eine voreilige Ehe zu schließen und daß dies verhindert werden sollte. Was sie aber zur Verzweiflung gebracht hätte, waren gar nicht die Liebeskonflikte, sondern der Gedanke, sie würde im Falle des Scheiterns ihrer Ehe in einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihrem tyrannischen Vater verbleiben müssen. Und dies sei ihr so unerträglich erschienen.

Das tragische Schicksal ihres Lebens beruhte nicht in Liebesenttäuschungen, sondern — wie sie es ganz bewußt empfindet — in der Tatsache, daß sie nicht imstande ist, sich aus der Abhängigkeit vom Vater zu befreien. Seit Jahren versuchte sie sich durch Studium und allerlei Fachkenntnisse eine materielle Selbständigkeit zu verschaffen. Immer aber scheiterten die Versuche, trotz ihrer mannigfaltigen Talente, im letzten Moment an einer inneren Unzulänglichkeit. Verzweifelt bekennt sie: „was alle anderen Frauen in meinem Lande so leicht und selbstverständlich zustande bringen — warum gelingt es gerade mir nicht?"

Schauen wir uns ein wenig in der Familiengeschichte dieses jungen Mädchens um. Sie ist die zweitjüngste in einer kinderreichen Familie. Der Vater ist ein außerordentlich lebenstüchtiger Mann, streng, rechthaberisch und von seiner Umgebung gefürchtet. Die Mutter, von der Patientin verachtet, lebt in sklavischer Abhängigkeit vom Vater. Diese Beziehung zwischen den Eltern erregt in der Patientin Widerwillen und Protest. Sie selbst, immer ein schönes, begabtes Kind, war früher der ausgesprochene Liebling des Vaters. Als Konkurrent kam damals nur ein um vier Jahre jüngerer, hervorragend begabter Bruder in Betracht. Dieser Bruder, dessen Begabung für Physik zu großen Hoffnungen berechtigte, starb im 20. Lebensjahre. Die Patientin selbst war auf demselben Gebiete wie der Bruder begabt, konnte aber, wie schon erwähnt wurde, infolge ihrer Hemmungen das gewünschte Ziel, ebenfalls zu studieren, nicht erreichen.

Ihre Kindheitsgeschichte bewegte sich im typischen Rahmen der

Entwicklung eines kleinen Mädchens. Sie liebte ihren Vater und schon der oberflächliche Einblick in ihre Beziehungen zur Mutter ließ deutlich erkennen, daß da stark negative, gehässige Tendenzen vorlagen, die das Mädchen selbst damit begründete, daß die Mutter dumm, ungebildet und vor allem so erniedrigend sklavisch dem Vater ergeben war.

Eine Zeit lang war in ihrer Kindheit ihre Phantasietätigkeit weiblich, durch Puppenspiele befriedigt, und die Analyse konnte die damalige, normale Ödipuseinstellung rekonstruieren, wobei der Wunsch, ein Kind zu bekommen, durch die Geburt des kleinen Bruders intensiviert wurde. An dem Kleinen fand sie auch tatsächlich vorübergehend ein Stück Befriedigung dieses Wunsches.

Wenn die analytische Einsichtnahme in die Kindheit eines kleinen Mädchens eine solche Einstellung, wie wir sie bei unserer Patientin gesehen haben, vorfindet, so ist diese als durchaus normal zu betrachten. Starke Liebesbeziehung zum Vater, negative Einstellung zur Mutter, der unbewußte Wunsch, vom Vater, an Stelle der Mutter, ein Kind zu bekommen, — das ist die regelrechte Ödipuseinstellung des kleinen Mädchens, die weder pathologisch noch ungünstig ist. Erst die späteren Schicksale derselben sind das Maßgebende für das Gesunde oder Kranke im Seelenleben . . .

Die erste psychische Komplikation entsteht bei unserer Patientin nach der Geburt des kleinen Bruders. Diesen aktuellen Kindheitskonflikt muß sie als eine, vom Leben an sie gestellte Aufgabe bewältigen. Eine ganze Reihe kleiner Versagungen und Enttäuschungen von Seiten des Vaters, die sie alle treu in ihrer Erinnerung bewahrt hatte, diente als Vertretung dieser einen großen Enttäuschung: die Mutter und nicht sie hatte das Kind bekommen.

Ein zweites Enttäuschungsmoment wurde zu einer schweren Belastung ihres Seelenlebens: In den Vergleichen, die sie zwischen sich und dem Bruder anstellte, mußte sie entdecken, daß der kleine Junge in somatischer Beziehung für ihre damaligen Begriffe besser ausgestattet war als sie selbst. Die Minderwertigkeitsgefühle und Hemmungen, die sie in der Erreichung eines geistigen Zieles so

gestört haben, stammten aus dieser im Unbewußten nie korrigierten Einstellung. Der Neid und die Aggression gegen den kleinen Jungen hatten in ihr Schuldgefühlsreaktionen hervorgerufen, die ihrerseits dazu beigetragen haben, im späteren Leben keine Konkurrenz mit dem Bruder aufzunehmen. Diese Konkurrenzeinstellung gegen den Bruder war dann noch dadurch gesteigert, daß er ihr als Liebesobjekt beim Vater den ersten Platz streitig gemacht hatte.

Die Analyse ergab, daß die Versagungen und Enttäuschungen ihrer Kindheit zu starken aggressiven Reaktionen und verdrängten Rachetendenzen gegen den untreuen Vater, gegen die entwertete Mutter und den kleinen Konkurrenten geführt hatten.

Nach der erfolgten Verdrängung dieser Ödipuswünsche blieb als Resultat ihrer infantilen Beziehung zum Vater eine Ablehnung der eigenen Weiblichkeit bestehen, deren Sinn etwa war: „ich will nicht die Rolle spielen, die meine Mutter hatte — ich will nicht passiv, sklavisch dem Vater ergeben sein.“ Neben dieser bewußten Auflehnung bestand aber auch die unbewußte Ergebenheit dem Vater gegenüber, aus der sie nie herauszukommen vermochte; auf die verzweifelte Frage aber „warum kann ich nicht wie andere Mädchen frei und selbständig werden“ konnte keine Antwort kommen, weil diese im Unbewußten verborgen war. Dies aber war nicht die einzige Form, durch die sich die innere Abhängigkeit kundgab. Der Mangel an Befriedigung ihrer Liebessehnsucht durch den ersten Geliebten war durch die Tatsache bewirkt, daß der Betreffende selbst, etwas passiv und gar nicht „tyrannisch“, dem Mädchen keine Möglichkeit geboten hatte, sie in jene wohl abgelehnte, aber doch unbewußt erwünschte Beziehung zum Manne zu bringen, um die sie einst als kleines Mädchen die Mutter unbewußt beneidet hatte. Für ihre unbewußten, libidinösen Wünsche blieb doch eben *diese* Beziehung der Frau zum Manne die einzige Möglichkeit, als Weib „erfüllt“ zu werden. Der laute Protest gegen die masochistische Einstellung der Mutter erwies sich als Protest gegen die *eigene* masochistische Bindung. In der Wahl ihres ersten Geliebten hatte sie ja dieser unbewußten Strebung zu entweichen versucht. Dies mißlang ihr und

bei einem vaterähnlicheren Liebesangebot mußte sie ihm beinahe zwanghaft untreu werden. Man denke nur an die Situation, in der die Liebe für den zweiten Geliebten in ihr entflammt ist: so geliebt zu werden wie die erste, verstorbene Frau.

Um für die Bedeutung dieser Situation einen Beweis zu bringen, teile ich noch folgendes Erlebnis aus der Analyse mit. Als 12-jähriges Mädchen war die Patientin mit ihrer Mutter in einem Badeort. Ein junger, hausierender, farbiger Exote erzählte ihr sonderbarerweise seine Lebensgeschichte. Er sei bereits, obzwar erst achtzehn Jahre alt, zum zweiten Male verheiratet. Seine zweite Frau liebe er aber nicht, die erste, tote, dagegen noch immer glühend und könnte sie nie vergessen. Höchstens um ihretwillen, der er heute glücklicherweise begegnet sei. Ob sie — das kleine Mädchen — ihn nicht heiraten wolle? Von der ersten Frau sei ihm ein herziges kleines Kind geblieben; ob das kleine Mädchen sich das Kind nicht anschauen möchte? Er gab ihr seine Adresse und sie versprach, ihn aufzusuchen. Dann irrte sie stundenlang in den Straßen umher, um die angegebene Wohnung zu finden, aber die Adresse erwies sich als fingiert und sie erkannte, daß sie genarrt worden war. Dieses Erlebnis war eine arge Kränkung für sie. Die sonderbare Identität desselben mit ihrer letzten Liebesgeschichte aber erweckt den Verdacht, daß die Phantasie des jungen Exoten erst von ihrer eigenen angeregt, diesen Eheroman erfinden konnte.

Aus derselben Quelle stammt unzweideutig eine andere kleine Episode, die sie zu Beginn der Analyse, noch stark unter dem Eindruck der letzten Enttäuschungen und darum für eine oberflächliche Beurteilung unverständlich, erlebte. Der Zufall brachte sie nämlich mit einem erst kürzlich verwitweten Manne zusammen, der nach dem Tode seiner Frau in eine melancholische Depression verfallen war. Ungeachtet ihrer eigenen Konflikte, meinte die Patientin, es sei ihre Aufgabe, durch ihre Liebe den Mann zu retten und die Stelle der Verstorbenen auszufüllen.

Die stete Wiederholung so gleichartiger Episoden in ihrem Leben ist doch etwas sehr Auffälliges.

Betrachten wir aber analytisch die Situation bei ihrer zweiten Verlobung. Dieser Mann ist nicht wie der erste nach dem Gegensatz zum Vater, sondern auf Grund einer im Unbewußten hergestellten Ähnlichkeit gewählt worden. Der innere Drang zu einer befriedigenden Zielerreichung läßt sie hier nicht nach dem Fluchtprinzip, sondern nach dem Prinzip der Ähnlichkeit wählen. Diese Wahl scheint günstig zu sein, denn sie ist bereits korrigiert im Sinne ihrer bewußten Forderungen. Dieser Mann ist nämlich aktiv und imponierend wie der Vater, macht sie zur Siegerin über die erste Frau (was der Vater nicht tat), aber — und das ist vielleicht ihr größter Triumph — er bringt sie nicht in die erniedrigende Rolle, die ihre Mutter spielte, sondern stellt sie auf ein Piedestal, sieht in ihr einen Kameraden und kommt ihr mit Forderungen entgegen, die sie immer an sich selbst (um im Gegensatz zur Mutter zu stehen) gestellt hatte. Diesen Forderungen muß sie nachstreben, intellektuell, vielwissend sein. Gerade von diesen Forderungen geht aber die erste bereits neurotische Unruhe aus, die ihr die Erfüllung jener Forderungen selbst immer unmöglich macht. Die Motive zu dieser Hemmung wurden in der analytischen Beleuchtung klar. Sie wollte ja im Konkurrenzverhältnis zum Bruder dasselbe erreichen wie er, mußte aber aus dem Minderwertigkeitsgefühl: „ich bin nur ein Mädchen", diese Ziele für sich als stets unerreichbar ansehen. Das alte Schuldgefühl dem Bruder gegenüber, das sich durch seinen realen Tod noch erhöht hatte, trug zu dieser Hemmung auch das Seine bei.

Das Hauptmotiv der Hemmung lag aber in dem Umstand, daß, trotz des bewußten Protestes gegen die Art der Beziehung der Mutter zum Vater, in ihr selbst der unbewußte, in der zwanghaften Wiederholung sich verratende Kindheitswunsch lebendig war, einem geliebten Manne gegenüber eben in diese und nur in diese Rolle zu geraten. Die Unruhe, die sie in ihrer zweiten Liebesbeziehung empfand, kam aus dem Zwiespalt: „du liebst mich, die Stolze und Strebende und ich kann dir gegenüber nur niedrig sein und ergeben, wie die Mutter dem Vater gegenüber".

Zwischen dieser Scylla des bewußten Protestes und der Charybdis der unbewußt masochistischen Einstellung neurotisch schwankend, provozierte sie durch ihr Benehmen die Entfremdung des Geliebten, und vor den drohenden Schwierigkeiten der zukünftigen Ehe wollte sie sich durch den Tod retten. Die Angabe, die sie gleich im ersten Gespräch mit mir machte: „ich will vom Vater nicht länger abhängig sein," entsprach einer tieferen Wahrheit, als die Patientin selbst ahnen konnte.

Es sei hier noch Einiges aus der Analyse erzählt, um noch glaubhafter zu machen, daß das Schicksal der Patientin nur einem provokatorischen, zwanghaften Agieren ihrer infantilen Fixierung an den Vater entsprach.

Einige Wochen nach dem Beginn der analytischen Behandlung lehnte der Vater ihre Fortsetzung ab und stellte seine Zahlungen ein. Ich selbst — an der Patientin interessiert — schlug ihr in entgegenkommender Weise vor, die Analyse unentgeltlich, auch gegen den Willen des Vaters fortzusetzen. Die Patientin selbst bat mich flehentlich, mich dem Ansinnen des Vaters zu widersetzen und ihm zu zeigen, daß die Entscheidung über die Notwendigkeit der Analyse bei mir liege. Es war klar, daß sie mich in Opposition gegen den Vater sehen wollte. (Im Gegensatz zur Mutter!) Ein Traum, den sie in der nachfolgenden Nacht brachte, bewies jedoch, daß diese Reaktion nicht ganz ihrer tieferen Einstellung entsprach. Er lautete:

Sie ist nicht mehr bei mir in der Analyse, sondern bei einer Frau X., die ein ekelhaftes, taktloses Weib ist. Diese Frau schimpft gegen mich und gibt ihr den Rat, von mir weg zu gehen, denn ich behandle sie doch nur des Geldes wegen.

Die Analyse des Traumes zeigte deutlich, daß ich selbst das ekelhafte, taktlose Weib bin, das sich zwischen sie und den Vater drängt, um diese Beziehung zu stören. Sie aber, mit dem Vater einig und identisch, denkt genau so wie er und wendet sich mit ihm zusammen gegen die feindliche, störende Mutterrepräsentantin.

Noch eine Episode aus der Analyse. Als die Patientin drei

Jahre alt war, fiel ein Glasgegenstand auf sie und verwundete sie am Kopf. Der herbeigerufene Vater stürzte ins Zimmer und gebärdete sich ganz verzweifelt. Damals erlebte die Patientin, wie sie angab, den schönsten Moment ihres Lebens. Den Vater im Schmerze, nicht als strengen Herrscher, sondern als zerknirschten, hilfesuchenden Schwächling zu sehen, blieb als fast bewußter Wunsch ihres Herzens bestehen. In diesem Wunsche war sie selbst, seine Liebe zu ihr, die Ursache seines Schmerzes. Die unbewußte Phantasie, die sie zum Selbstmordversuch trieb, erstrebte die Wiederholung dieser infantilen Szene. (Wunde am Kopfe!) Das Objekt, auf das der Wunsch sich richtete, war jetzt der Vater und der Geliebte in einer Person.

Die Patientin selbst hielt sich wie schon erwähnt nie für krank. Alle Mißerfolge ihres Lebens schrieb sie ihrem „Pech" zu. Allerdings hatte sie manchmal das Gefühl, daß ein „Teufel" ihr Leben zerstöre. Immer wenn sie fröhlich war und sich wohl fühlte, meinte sie seine Stimme zu hören: „es wird schlecht ausgehen", „es wird anders als du glaubst", und so fühlte sie in dieser inneren Wahrnehmung, daß ein Etwas in ihr ist, durch das ihr Lebensglück immer gestört werden muß. Wie ein roter Faden zog diese Tragik durch ihr Leben: sie war fähig Liebe zu erwecken und Liebe zu empfinden, aber keine Liebe endigte anders als mit einer bösen Enttäuschung, in der sie manchmal eine aktive, manchmal eine mehr passive, erleidende Rolle spielte.

Vielleicht ist die Enttäuschung das normale Schicksal jeder Liebesbeziehung. Wir müssen aber trotzdem auch hier in den Quantitätsunterschieden den Maßstab für das „Normale" oder „Pathologische" suchen. Die Patientin selbst empfand das Krankhafte ihres Daseins nur ausnahmsweise, sonst schrieb sie ihre traurigen Erlebnisse mehr den Mächten der Außenwelt als eigenen, inneren Gewalten zu.

Zu den typischen Erlebnissen der Patientin gehörte z. B., wie wir erfahren haben, daß sie sich von Männern angezogen fühlte, die eine geliebte Frau verloren hatten, von trauernden Witwern,

deren Trauer auf die Patientin wie ein Liebestrank wirkte. Die Schilderungen, die diese Männer von ihrer Liebe zu der Verstorbenen gaben, waren für die Patientin wie die glühendsten Werbungen um ihre eigene Person. Diese Art der Liebeswahl war durch die Phantasie determiniert: „so geliebt zu werden wie jene verstorbene Frau". Es war für sie ein besonderer Reiz, einen Mann zu bekommen, dessen Liebe bis dahin einer anderen Frau gehörte. Der bereits erfolgte Tod dieser Frau hatte für sie den Vorteil, daß sie in diesem Wunsche keine Mörderin (im Sinne der unbewußten Todeswünsche) zu werden brauchte. Sie kam da sozusagen zum Fertigen. Bemerkenswerterweise ignorierte ihr unbewußtes Schuldgefühl die reale Tatsache des bereits früher erfolgten Todes der Vorgängerin. Das unbewußte Schuldgefühl war in diesem inneren Geschäftsabschluß kein guter Kompagnon. Es machte sich selbständig und benahm sich, wie die Analyse zeigte, dem Ich der Patientin gegenüber so, als hätte sie selbst die Bedingung des Witwertums am Gewissen. Durch alle ihre Träume zog sich wie ein roter Faden ein schweres Schuldgefühl, gegen „die tote Frau".

Noch ein anderes, unbewußt gebliebenes Motiv spielte in ihrem neurotischen Schicksal eine sehr wichtige Rolle. Die Patientin behauptete, n i e in ihren Liebesbeziehungen Eifersucht empfunden zu haben. Dafür charakteristisch war ja die Art der seinerzeitigen Reaktion auf die Abreise des Geliebten mit seiner zweiten (wie sie wußte, ungeliebten) Frau in eine Krankenanstalt. Die Patientin verspürte bewußt nicht den geringsten Vorwurf gegen den Geliebten, verlobte sich aber rasch mit einem anderen und wurde sogar gewollt gravid, um so zwanghaft eine adäquate Rache zu vollziehen. Erst in der Analyse konnte man als Motiv dieses neurotischen, schicksalhaften Handelns die unterdrückte Eifersucht erkennen. Daß sie sich diese normale, menschliche Regung nicht gestattete und lieber zwanghaft agierte, war bedingt durch die Verankerung ihres Seelenlebens in unerledigten Situationen der infantilen Eifersucht, die sie einmal verdrängt hatte und nur in der unbewußten Wiederholung wiederbeleben durfte.

Die Patientin hatte noch eine Form der Eifersucht entwickelt: Der erste Geliebte (der Vetter) hatte eine aufrichtige, treue Liebe zu ihr. Trotzdem leistete er zeitweise seinen sogenannten polygamen Tendenzen Folge, denen gegenüber die Patientin volle Toleranz und Verständnis bekundete. In der Zeit jedoch, als der Geliebte für sie bereits alles Interesse verloren hatte und sie mit dem zweiten auf dem Höhepunkt des Liebesglückes stand, kam es vor, daß sie bei gewissen Begegnungen oder an manchen Orten von einem quälenden Gefühl einer scheinbar unmotivierten Traurigkeit geplagt wurde. In der Analyse stellte sich heraus, daß es sich in der Regel um Situationen handelte, in denen sie einst eine berechtigte Ursache zur Eifersucht gehabt hätte, als sie mit dem ersten verlobt war und mit ihm an jenen Orten oder in jener Gesellschaft zusammen war. Es kam sogar vor, daß Patientin erst nachträglich eifrige Nachforschungen machte, um festzustellen, ob und in welcher Form jener ihr damals untreu gewesen ist. Er selbst war real bereits ohne Bedeutung für sie, aber ein Stück ihrer infantilen Persönlichkeit hing noch an Situationen, von denen sie sich durch eine unerledigt gebliebene Reaktion nicht losmachen konnte. Natürlich sind solche Affektverschiebungen, nachträgliche Reaktionen und zwanghafte Wiederholungstendenzen auch der gesunden Menschenseele eigen, nur ihre Quantität und der Grad der inneren Abhängigkeit, die sie erzeugen, bilden jenen Faktor, der sie unter das Zeichen der Neurose stellt.

Welcher Neurosenform ein neurotisches Agieren zugesprochen werden soll, muß hier denselben Erwägungen unterzogen werden, wie die Bildung eines krankhaften Symptoms.

Bei unserer Patientin stand im Zentrum der Analyse ihre Bindung an den Vater. Wir sprechen da von einer Fixierung an ein infantiles Objekt und wissen aus den Erfahrungen der Analyse, daß eine Objektfixierung dieser Art für die Entstehung der Hysterie maßgebend ist. Man kann wohl in späteren Jahren Objekte wählen, die nach dem Vorbild oder nach dem Gegensatz unserer ersten infantilen Liebesbindungen ausgesucht wurden, aber nur dann, wenn das „Tabu“ aufgehoben, d. h. wenn das Schuldgefühl, das den ursprünglichen

Objekten galt, in der neuen Beziehung bereits entlastet ist, wenn das Frühere „du darfst nicht“, bezw. „du kannst nicht“, nicht weiterhin seine anachronistische Wirkung ausübt, kurz wenn die infantilen Bedingungen der Objektwahl von ihren störenden Hemmungen befreit sind.

Solange unsere Patientin Männer nach dem Muster des Vaters wählte, wäre gegen diese Wahl im Sinne der Gesundheit nichts einzuwenden. Sogar ihre Vorliebe für Witwer muß nicht als krankhaft qualifiziert werden. Wir können da nur von der Deutlichkeit sprechen, mit der in d i e s e m Schicksal eine bestimmte Wiederholungstendenz sich durchsetzt.

Wo ist also das Neurotische in einer Schicksalsgestaltung zu finden? Es werden sich hier keine Normen aufstellen lassen, genau so wie bei der Beurteilung einer Gesamtpersönlichkeit die Grenze zwischen „gesund“ und „krank“ sehr schwer zu ziehen ist.

Wenn wir unsere Formulierung auf den besprochenen Fall beziehen wollen, so wird uns die so beliebte Methode der sozialen Wertung z. B. nicht weit führen können. Patientin ist im Großen und Ganzen sozial angepaßt, d. h. sie schadet den Interessen der Gesamtheit nicht, sie äußert keinerlei unsoziale Tendenzen.

Es geht ihr nur die Fähigkeit ab, ein für sie selbst befriedigendes Ziel zu erreichen, und wenn wir ihre Lebensgestaltung analytisch betrachten, können wir feststellen, daß ihr erwachsenes Ich sich genau so verhält wie zur Zeit der Entstehung der infantilen Vorbilder ihrer späteren Schicksale. Wenn wir ihr die Wahl der Witwer als unneurotisch konzedieren, so ist die von ihr selbst provozierte, als schweres „Schicksal“ erlebte Liebesenttäuschung eine neurotische Komponente dieser Wahl. Aus dem infantilen Vorbild wurde eben auch das mitgenommen, was das erwachsene Ich hätte korrigieren sollen, aber nicht imstande war zu tun. Deshalb muß die einst am Vater erlebte Enttäuschung anachronistisch am neuen Objekte wiederholt werden.

H i e r — in diesem Falle — ist der Maßstab des Krankhaften im Grade des individuellen Unglücks gegeben. Was natürlich nicht

heißen soll: wer unglücklich ist, ist neurotisch. Wir haben in diesem Fall gesehen, wie der späteren, auf Grund infantiler Bindungen erfolgten Objektwahl, Schuldgefühle zugesellt sind, deren Genese in infantilen, noch nicht erledigten Konflikten zu suchen war. Dieses Schuldgefühl zwang die Patientin andauernd zu Zielverzichten, Bußereaktionen und schließlich zu Selbstmordabsichten.

Diese übermäßigen Reaktionen des Schuldgefühls, die an die Art der Objektwahl eng geknüpft waren, sind der zweite Maßstab des Krankhaften in der „Schicksalsneurose“ unserer Patientin.

Wann werden wir also von einer „Schicksalsneurose“ sprechen? Und besteht ein Unterschied zwischen einer Schicksalsneurose und einem sogenannten neurotischen Charakter? Dieser Unterschied scheint mir zu bestehen, wenn auch nur quantitativ.

Die Schicksalsneurose ist ein Erleiden, das dem Ich scheinbar von der Außenwelt mit einer sich wiederholenden Gesetzmäßigkeit zugefügt wird. Das wirkliche Motiv des Schicksals liegt, wie wir gesehen haben, in einem ständigen, inneren, unauflösbaren Konflikt.

Hysterisch werden wir diese Schicksalsneurose nennen, wenn sie auf Verdrängungen zurückzuführen ist, die in einer Kindheitsepoche entstanden sind, in der die infantile Sexualität jene Stufe erreicht hat, die dem genitalen Sexualleben des Erwachsenen am nächsten steht. Es vollzieht sich hier keine Regression der Libido zu früheren Entwicklungsstufen, die mißlungenen Verdrängungen beziehen sich auf die Objektwahl und auf die Konflikte, die auch aus der infantilen Bindung an das Objekt resultieren. Die Fixierung unserer Patientin gilt dem Vater als infantilem Liebesobjekt und alle ihre schicksalsneurotischen Erlebnisse sind das Resultat dieser Bindung. Wenn wir das Gesagte in eine Formel bringen wollen, so sagen wir: es ist eine Fixierung in der infantil-genitalen Phase der Libidoentwicklung.

Der Unterschied zwischen der „Schicksalsneurose“ und dem sogenannten „neurotischen Charakter“ ist fließend und wird sich nicht

immer feststellen lassen. Der neurotische Charakter weist zum Unterschied von der Schicksalsneurose mehr diffuse Disharmonien in seinem Verhältnis zur Außenwelt auf. Diese Disharmonien kommen dadurch zustande, daß der reifen Persönlichkeit infantile Züge anhaften; diese fallen aber so weitgehend mit der Gesamtheit der Ichorganisation zusammen, daß man ihnen nirgends so eindeutig die mißlungene Verdrängung nachweisen kann wie in der Schicksalsneurose. Sie sind nicht wie ein Symptom oder wie eine typische Schicksalsgestaltung, gegen das Gesamt-Ich organisierte Fremdkörper. Sie sind bereits durch das Ich assimilierte Angehörige einer geschichtlichen Vergangenheit, die nur der Gesamtpersönlichkeit ein bestimmtes Gepräge geben.

Infolge dieser bereits erfolgten Symbiose mit dem Ich wird auch der neurotische Charakter für die analytische Therapie nicht sehr zugänglich sein. Hier gibt es keine fremden Mächte, die gegeneinander stehen und die Beeinflussung dessen, was wir „Charakter" nennen, wird nur dort möglich sein, wo aus den assimilierten Anteilen Auswüchse des neurotischen Symptoms herausragen. Mit dem Symptom wird auch sicher die Charaktermasse, aus der es sich heraushebt, beeinflußt.

Die Schicksalsneurose erscheint geeigneter für die Behandlung, weil die Schläge, die ihr das Leben bereitet, durch dieselben inneren Motive bedingt sind, wie neurotische Symptome. Wenn hier das Leiden vom Individuum selbst als krankhaft anerkannt wird, dann ist es auch der analytischen Therapie zugänglich.

DRITTE VORLESUNG

Hysterische Konversionssymptome

Nachtangst, Bettnässen, Potenzstörungen

Wir haben das letzte Mal einen Fall von Hysterie besprochen, der ohne klinische Symptome verlaufen ist. Also eine „gesunde Kranke", gesund im Sinne von symptomfrei, aber pathologisch in der ganzen Gestaltung ihrer Persönlichkeit und im ewigen Konflikte

in der Beziehung zur Außenwelt. Das Zustandsbild nannte ich „Schicksalsneurose" und was ich vor Ihnen als Schicksal aufgerollt habe, war durch dieselben Kindheitserlebnisse und Entwicklungsschwierigkeiten bedingt, die uns sonst bei der Entstehung einer Krankheit als ätiologische Momente zu interessieren pflegen.

In den Krankheitsgeschichten hysterischer Symptomkranker werden Sie nun genau dieselben Kräfte im Spiele finden, wie wir sie bei unserer „schicksalsneurotischen" Patientin gesehen haben.

Die neurotische Erkrankung, über die ich Ihnen berichten werde, betrifft einen 28-jährigen jungen Mann, der die Analyse wegen Potenzstörungen aufsucht. Bald stellt es sich heraus, daß er an einer ganzen Anzahl psychisch determinierter körperlicher Symptome leidet, diese aber immer für durchaus organisch gehalten hat. Seine Potenzstörung ist sehr labil und wechselt den Charakter. Zeitweise ist er im Besitze der erektiven Potenz jedoch mit ejaculatio praecox, zeitweise tritt eine vorzeitige Erschlaffung des Gliedes, meist knapp vor der Immission ein. Nach einigen Monaten Analyse erreicht er eine volle Potenz, allerdings unter neuer Symptombildung. Ein gut gelungener Coitus in der ersten Zeit seiner Genesung hatte nämlich einen sehr peinlichen Epilog. Er litt seither an Bettnässen, das ihn begreiflicherweise in eine höchst peinliche Situation brachte. Da Patient die Analyse in diesem Zeitpunkt aus äußeren Gründen unterbrach, mußte das Symptom einer eventuellen Spontanheilung überlassen werden. Diese erfolgte auch nach einigen Wochen; der Patient selbst wußte aber ebenso wie ich, daß seine Analyse nicht beendet war.

Nach etwa einjähriger Unterbrechung kehrt er in die Behandlung zurück, obwohl seine Potenz die ganze Zeit gar nichts zu wünschen übrig gelassen hatte.

Schon beim Abbruch der ersten analytischen Phase war es ihm klar gewesen, daß seine Beziehung zu mir, in der viele seiner neurotischen Wünsche und Phantasien enthalten waren, eine große Rolle in seinem Seelenleben spiele. Während der Analyse hatte er all-

mählich alles in diese Phantasiegruppe, deren Zentrum meine Person war, untergebracht und bildete so eine intensive „Übertragungsneurose“, d. h. er übertrug alle seine infantilen, symptombildenden Einstellungen auf meine Person. Die Erreichung seiner Potenz war ein banaler Übertragungserfolg, der in seinem Falle darin bestand, daß sämtliche Ängste und Verbote, die der Beziehung zum weiblichen Geschlechte im Wege standen, in der Beziehung zu mir deponiert wurden, wodurch der somatische Akt vollkommen triebhaft bei gleichgültigen, fremden Objekten ohne Zärtlichkeit und ohne tiefere seelische Befriedigung durchgeführt werden konnte. Das einzig wirklich Befriedigende dabei war nur das narzißtische Gefühl: „ich kann es.“ Mit der Wiederaufnahme der Analyse stellte sich wiederum eine völlige Impotenz ein. Jetzt war es ihm sichtlich unmöglich, diese Spaltung seines Gefühlslebens wieder durchzuführen und der Akt war wieder durch Ängste und seelische Hemmungen erschwert. Gleichzeitig fing der Patient exzessiv zu onanieren an, was er seit seiner Pubertät nicht mehr getan hatte. In dieser Zeit erzählte er mir, zum ersten Male im Verlaufe seiner Analyse, von einer Gewohnheit, die er seit seiner ersten Kindheit habe. Er könne nie anders als mit den Händen unter dem Polster einschlafen. Ereigne es sich während des Schlafes durch Verrücken des Polsters oder dergleichen, daß die Hände frei werden, so pflege er sofort zu erwachen.

Diese Schlafgewohnheit hatte sichtlich etwas zwanghaftes an sich und um ihrem Sinn näher zu kommen, griff ich aktiv ein. Ich riet ihm, den Versuch zu machen, entgegen seiner Gewohnheit mit den Händen auf der Bettdecke zu schlafen. Der Patient nahm meinen Rat als ein Gebot und bemühte sich, es zu befolgen. Die ersten Abende schlief er jedoch immer, ohne sein Wissen, mit den Händen unter dem Polster ein. Erst als er Gegenmaßnahmen traf, indem er sich auf einem ledernen, am Bett eng anliegenden Polster schlafen legte, gelang es ihm seine Absicht zu erreichen. Dies hatte aber sonderbare Folgen. In derselben Nacht nämlich erlitt er einen typischen Anfall mit Angstschreien, einen „Pavor nocturnus“. Ich wußte bereits aus seiner Analyse, daß er als Kind von fünf Jahren längere

Zeit an solchen nächtlichen Zuständen gelitten hatte, auch, daß dieses Symptom zwischen seinem 7. und 8. Lebensjahr durch nächtliches Bettnässen, „Enuresis nocturna", abgelöst worden war. Auch wußte ich, daß sein kindlicher Pavor nocturnus zu einer Zeit entstanden war, in der er sich in der Blüte seiner normalen Ödipuseinstellung befand und durch sein Schreien bei Nacht bewirken wollte, daß ihn die Mutter in ihr Bett nehme, um ihn vor seiner Angst zu schützen. Ebenso war mir bekannt, daß seine infantile Enuresis in dem Augenblick eingesetzt hatte, als er gerade mit Erfolg die onanistische Befriedigung aufgegeben hatte. Wir erkennen hier soviel, daß wahrscheinlich auch die Enuresis die verhüllte Absicht verfolgte, nach der Flucht aus dem kalten, durchnäßten Bette von der allzugewährenden Mutter in ihr Bett genommen zu werden. Damit wird in uns der Verdacht erweckt, daß das Freimachen der Hände zur Zeit der Behandlung etwas in unserem Patienten mobilisiert hatte, was einmal in seiner frühen Kindheit aktuell war.

Ein solches Gebot, wie das, die Hände unter dem Polster zu halten, kommt häufig in Schlafzeremoniells von Zwangskranken vor und steht meist in Verbindung mit unbewußten Onanieverboten. Es war daher sehr naheliegend, daß auch beim Patienten der Selbstschutz vor der Onanie bei seiner Zwangshandlung eine Rolle spielen mußte. Es war ja kein Zufall, daß er mir von seiner Schlafgewohnheit eben zu einer Zeit erzählte, in der er wieder stark zu masturbieren begann. Es mußte daher sein jetziger wie auch sein infantiler Pavor nocturnus mit der Onanie zusammenhängen.

P a v o r n o c t u r n u s und E n u r e s i s n o c t u r n a sind die zwei häufigsten neurotischen Symptome der Kinderjahre. Pavor nocturnus ist par excellence der intensivste Ausdruck jener infantilen Angst, die uns auch in der normalen Entwicklung die Schwierigkeiten des kindlichen Seelenlebens verrät. Ob dieser Form der Angst, wie sie für den Pavor nocturnus typisch ist, auch ein spezifischer Inhalt zugrunde liegt, ist nicht klar. Ein angstvolles Erwachen nach einem Angsttraum ist eine bei Kindern und Erwachsenen sehr häufige Sensation. Aber das krampfhafte Ausstoßen eines Schreies

und eine typische, motorische Hemmung, die sich auch auf das Sprachliche beziehen kann und manchmal sogar den Angstschrei in qualvoller Weise behindert, scheint doch einem besonderen Vorgang zu entsprechen. Dieses verzweifelte Sich-nicht-retten-können als Folge der Behinderung der Bewegungsfreiheit, das eben scheint mir ein spezifisches Moment in der Angstreaktion zu sein.

Bei unserem Patienten konnte ich die Wiederbelebung seines infantilen Symptoms sozusagen in flagranti ertappen. Der Traum, der seinem letzten Anfall von Pavor nocturnus vorausging, war folgender: *Er liegt mit einer Frau, deren Züge ihm wohl bekannt vorkommen, in der er jedoch niemanden bestimmten agnoszieren kann, im Bett. Er versucht mit der Frau sexuell zu verkehren, hat aber das unheimliche Gefühl, daß sich jemand im Nebenzimmer befindet, der lauschen könnte. Gleichzeitig hat er ein beklemmendes Gefühl, daß die Wand vor ihm zu wackeln beginnt; er sieht, wie die Mauer weicher wird, sich langsam abbröckelt und er in Gefahr kommt, daß die Mauer auf ihn stürzt. Er versucht davonzulaufen, kann aber, wie gelähmt, seine Beine nicht bewegen.*

Er erwacht mit furchtbarer Angst, versucht zu schreien, aber die Stimme versagt; schließlich kommt er zum vollen Bewußtsein und bemerkt, daß seine beiden Hände am erigierten Glied liegen. Zum Traum bringt er zwei Assoziationsreihen. Die eine führt in die Kindheitssituation, in der er im Nebenzimmer nächtliche Besuche belauschte, die ein älterer Bruder seiner Gouvernante zu machen pflegte. Diese Koitusbelauschungen hatten eine erregende Wirkung auf die Phantasien unseres Patienten und drängten ihn zur Onanie. Jetzt im Traum kehrt er die Situation um, indem er, in der Traumsituation, selbst von anderen belauscht, das erlebt, was er selbst onanierend belauschte. Die Situation selbst wird ja sichtlich mit denselben Reaktionen erlebt wie in der Kindheit.

Die zweite Assoziationsreihe führte zum aktuellen Anlaß des Traumes. Am Abend vorher ging Patient, dessen Wohnung in meiner Nachbarschaft gelegen ist, an meinen Fenstern vorüber. Er blieb vor den Fenstern stehen und es drängte sich ihm ein Ge-

danke auf im Sinne der Übertragungssituation: „wer weiß, was ich jetzt mache! Sicher lebe ich selbst nicht so asketisch wie er." Dieser Gedanke regte ihn sexuell sehr auf und er nahm sich vor, gleich eine Prostituierte aufzusuchen. Er irrte noch eine Zeitlang suchend in den Straßen umher und kehrte dann verzichtend nach Hause zurück.

Es ist klar, daß der Anlaß zu dem Traum ein sexueller, auf mich gerichteter Wunsch war. Die Unerlaubtheit der Realisierung setzte sich im Traum als Versuch einer Wunscherfüllung durch. Die „unbekannte" Frau war ja die verbotene, unerreichte Frau. Das Erlebnis vor meinem Fenster am Abend vor dem Einschlafen aktivierte die infantile Belauschungsszene, die dann als Traummaterial diente. Bereits im manifesten Trauminhalt tritt die Hemmung im Ablaufe der sexuellen Funktion auf. Bei der intendierten Lustgewinnung wird er durch den Lauscher an der Wand gestört. Schon diese Hemmung trägt in sich das Zeichen des Verbotes. Die Hemmung steigert sich im Traume zur Angst. Der Schauplatz dieser Angst wird aus dem Innenleben in die Außenwelt verlegt, die Gefahr liegt jetzt im Wackeln der Mauer, die ihn zerstören wird; hinter der Mauer befindet sich die strafende Instanz, die elterliche Autorität. Die Angst nimmt nun die Form einer schweren, motorischen Hemmung an, er kann vor der drohenden Gefahr nicht fliehen. Dieser Teil des Traumes ist eine häufige und typische Sensation des sogenannten Hemmungstraumes. Das Charakteristische des Hemmungstraumes ist, daß in ihm eine vom Schlafenden intendierte Aktion gedrosselt wird. Wir kennen die Quellen eines solchen Traumes. Die Drosselung ist hier die Folge eines inneren Verbotes. Der Vorgang geht so vor sich, daß eine im manifesten Trauminhalt vollkommen harmlose Aktionstendenz nicht zur Abfuhr gelangen kann, weil sich hinter ihr, wie die Traumanalyse zu zeigen pflegt, eine verpönte, verbotene Regung des Träumers versteckt, die einmal verdrängt worden ist und jetzt wieder von den verdrängenden Instanzen zurückgewiesen wird.

Welche Regungen es sind, die bei unserem Patienten im Spiele

sind, verrät schon der erste Teil des Traumes: der sexuelle Akt wird hier durch die, hinter der Mauer lauernden, sich durch das Wackeln der Wand verratenden Mächte unterbrochen. In der Art der Drohung ist typischer Weise auch die Art der Bestrafung enthalten. Das „Abbröckeln der Wand" ist eine für den Traum typische Art der Projektion von der eigenen Körperlichkeit auf einen Gegenstand in der Außenwelt, also eine Kastrationsdrohung als Folge der verbotenen und angstgehemmten Handlung.

Unterziehen wir den Vorgang, der sich hier abspielt, der weiteren analytischen Beobachtung. Der Patient erzählte, daß er in der Kindheit an nächtlichen Angstzuständen gelitten hat. In diesen Anfällen sprang er jedesmal aus dem Bett, um sich vor den dunklen Gefahren zur Mutter zu flüchten. Es ist anzunehmen, daß er sich auch in der jetzt drohenden Gefahr zur Erreichung desselben Zieles rüstet.

Am Anfang des Traumes erfolgt zuerst die motorische Drosselung des Koitusablaufes. Die nachfolgende, motorische Innervation des Fluchtversuches erliegt derselben Drosselung, denn scheinbar lag im beabsichtigten Davonlaufen die fortgesetzte, früher unterbrochene Tendenz zur Lustbefriedigung (wie einst in der Flucht zur Mutter). Das Laufen an sich, als motorischer Akt im Dienste des bedrohten Ich, hat nämlich die sexuell motorischen Elemente des unterbrochenen Sexualaktes an sich gezogen. Deshalb muß auch diese motorische Tendenz, so wie der Ablauf des Sexualaktes, unterdrückt, gehemmt werden. Die Hemmung der Sexualfunktion setzt sich in der Hemmung der Lokomotion überhaupt fort. Wir können sagen, daß hier die gesamte Motilität dadurch sexualisiert wird, daß sie die Elemente der eben unterbrochenen sexuellen Handlung an sich zieht. Die Hemmung läßt also das Sexualziel unbefriedigt, bedeutet aber doch im seelischen Haushalt einen Erfolg. Sie tritt ein, um dem Patienten die Folgen der beabsichtigten Handlung zu ersparen; denn die Ausführung der Aktion wird, wie wir gesehen haben, mit Kastration bedroht. Die Verzichtleistung auf die motorische Aktion soll ihn ja vor Strafe schützen. Im Traum ist aber diese Leistung mißlungen, denn es kommt zu intensiver Angstentwicklung als Folge der Drohung.

Der Patient wacht auf, aber im Wachen setzt sich der im Traume mobilisierte Vorgang fort. Es tritt die dritte Phase der gefesselten Aktion auf: er möchte schreien und kann nicht — eine typische Sensation des Alpdruckes und eine ständige Begleiterscheinung des Pavor nocturnus; im Vorgang bei unserem Patienten eine sichtliche Fortsetzung der gedrosselten, motorischen Entladungstendenz. Zum Schluß wird die Hemmung überwunden und der befreiende Schrei wird ausgestoßen.

In der Analyse des Patienten wurde es klar, unter welchen Bedingungen diese Hemmung überwunden werden kann. Dadurch, daß der motorischen Leistung ein neues Ziel gesetzt wird: er schreit nicht mehr um seine gehemmten, sexuellen Wünsche zu befriedigen, sondern, um ihre Erfüllung zu verhüten. Im Momente des Schreies erreicht der Patient sein Bewußtsein und findet ja seine Hände am Genitale. Der ausgestoßene Schrei wird jene Mächte herbeilocken, die die Onanie und ihre Gefahren verhüten und abwenden werden. Der Patient erinnert sich, daß der Pavor nocturnus seiner Kindheit genau in derselben Form verlief. Wenn die eine Art der Angstzustände ohne motorische Hemmungen einherging und er sich ins Bett der Mutter flüchten konnte, endigte die andere, nämlich der Pavor nocturnus, mit jenem Schrei, in dem er nicht die gewährende Mutter, sondern den verbietenden Vater herbeirief. Die eine Form der Angst entsprach der libidinösen Sehnsucht nach der Mutter, deren Erfüllung sich der Patient noch gestattete. Die andere, der Pavor nocturnus, kam letzten Endes aus derselben Quelle, aus der der Muttersehnsucht. Ihr entgegen tritt aber eine schwere Bestrafungsangst, die bereits den Charakter der Kastrationsangst trägt und die Erfüllung des libidinösen Wunsches hemmt. Das Ende ist asketischer Verzicht. Die motorische Hemmung löst sich im Schrei, nicht mehr nach der Erfüllung, sondern nach dem Schutz vor den Folgen der verbotenen Wünsche.

In der Nacht nach dem Angsttraum träumt er wieder: *Im Berliner Zoologischen Garten ist ein Affe aus dem Käfig entsprungen und hat an einer alten Frau einen Lustmord begangen. An der Verfolgung*

des Affen nimmt auch der Träumer teil. Er ist von der rennenden Menge bei der Verfolgung mitgerissen, — etwa nach der Art einer amerikanischen Filmszene, — hat aber dabei ein angstvolles Gefühl, als wäre er der Verfolgte und nicht der Verfolger. Endlich erwischt er den Verfolgten, — es fällt ihm im Traume gar nicht auf, daß es nunmehr kein Affe, sondern ein Mensch ist, — und packt den Missetäter bei der Hand mit dem Gefühl einer sehr beglückenden, sieghaften Leistung.

Er erwacht und findet sich selbst, krampfhaft mit der einen Hand die andere haltend. Diese Situation beim Erwachen verrät ihn selbst als Verbrecher des Traumes. Zum Affen assoziiert er seine Beobachtungen an onanierenden Affen in seiner Studienzeit in Berlin. Die infantile Auffassung des elterlichen Koitus, als sadistischen Akt, läßt ihn selbst als den Lustmörder erkennen. Hatte doch die Analyse aufgedeckt, daß in einer bestimmten Phase seines kindlichen Lebens — und es war die Zeit in der er an Pavor nocturnus litt — seine onanistischen Phantasien ebenfalls einen sadistischen Charakter trugen. Daß die alte Frau im Traume mit mir, als aktueller Trägerin seiner Mutterbeziehung, identisch war, wurde in der Analyse des Traumes sehr deutlich. Der Patient macht in den Assoziationen einen Spaß: wenn es sich um meine Person handle, so wäre das kein richtiger Lustmord. Er hätte einige Tage vorher bei der Begleichung seines Monatshonorars eine Phantasie gehabt, die er etwa „Raskolnikowphantasie“ nennen würde: in dem abgelegenen Behandlungszimmer könnte man mich leicht ermorden, das Geld an sich nehmen und sich unbemerkt hinausschleichen. Dabei fällt ihm ein, daß die Geldverwaltung im Hause seiner Eltern der Mutter oblag. In der Pubertät, als seine sexuelle Bindung an die Mutter intensiviert wurde, hatte er — in einer für Jünglinge typischen Weise — diese Bindung mit Haß und Rücksichtslosigkeit gegen die Mutter abgewehrt. Es gab immer gehässige Kämpfe mit der Mutter ums Geld. Der Traum verrät deutlich, wie stark diese Kämpfe seinen abgewehrten libidinösen Tendenzen zu Diensten standen.

Diese beiden Träume hängen organisch mit seinem infantilen Pavor nocturnus zusammen. In dem ersten Traum verrät die Lage

der Hände am erigierten Genitale, daß der Vorgang dem Kampf zur Unterdrückung der Onanie entsprach. Der zweite Traum endigt im Erwachen, mit dem „Sich-an-der-Hand-Erwischen“, um eine verbrecherische Tat mit der Hand abzuwehren. Vergessen wir nicht, daß beide Träume in den Tagen geträumt wurden, in denen ich ihm durch meine aktive Einmischung das Verbergen der Hände unter dem Polster unterbunden habe. Wir erkennen deutlich, daß seine Schlafgewohnheit ein Resultat seines eigenen Onanieverbotes war. Es war eine Schutzvorrichtung aus einer Zeit seiner infantilen Kämpfe gegen die Onanie. Durch den Entzug meines Schutzes brachte ich den Patienten in die ursprüngliche Angstsituation und als Resultat dieser Wiederholung wurde auch das infantile Symptom jener Zeit, der Pavor nocturnus, mobilisiert.

Ich habe den Eindruck, daß die Analyse seines aufgefrischten Pavor nocturnus etwas Typisches aufgedeckt hat. Es ist den analytischen Beobachtern längst bekannt, daß der Pavor nocturnus bei Kindern zur Zeit der masturbatorischen Kämpfe aufzutreten pflegt. Diese Tatsache ist so eindeutig, daß sie auch den nichtanalytischen Forschern aufgefallen ist (z. B. Strohmayer u. a.).

Ich wiederhole noch einmal kurz den oben besprochenen Vorgang. Im Traum werden die wunscherfüllenden Tendenzen mobilisiert. Die mit diesen verdrängten Wünschen zusammenhängenden masturbatorischen Tendenzen gehen mit körperlichen Innervationen einher, die zu einer motorischen Entladung drängen. Diese wird jedoch im Traume unter Strafdrohung gestellt, die eine Hemmung der unerlaubten Aktion (der Onanie) hervorruft. Diese Hemmung breitet sich auf das ganze motorische System aus und die, selbst noch im Erwachen als Alpdruck und Bewegungsunfähigkeit empfundene Sensation entspricht der Unterdrückung des masturbatorischen Wunsches. In manchen Fällen wirkt die Strafdrohung noch im Halbschlaf fort. Man sieht dann die verängstigten Kinder wie in einem halluzinatorischen Zustand lebhaft agieren, wobei man dem ganzen Gesichtsausdruck, dem Schreien „ich mach' es nicht mehr“, die Strafsituation unzweideutig entnehmen kann. Der Hilfeschrei, der im Pavor

nocturnus mit dem Abschluß der motorischen Hemmung sich durchzusetzen pflegt, soll — wie wir im Obigen besprochen haben — nicht mehr der Befriedigung, sondern der Verhütung der Onanie dienen. Bei unserem Patienten war es klar, daß das Aufgeben der Verhütungsmaßregel (Hände unter dem Polster) den neurotischen, nächtlichen Vorgang provoziert hat. Sobald die Maßregel, die zur Verhütung der Angstentbindung gedient hatte, aufgegeben wurde, kam die Angstentfesselung zustande.

Ich habe Ihnen diesen Mechanismus des Pavor nocturnus nicht nur deshalb so ausführlich auseinandergesetzt, weil es sich dabei um eine der häufigsten Formen der infantilen Neurose handelt, sondern auch, weil der Patient, über den ich berichte, an einer ganzen Reihe von hysterischen Konversionssymptomen litt; diese hatten ihre Genese in denselben motorischen Hemmungen, die bei seinem Pavor nocturnus in Frage kamen. Damit soll nicht gesagt werden, daß alle Symptome bei unserem Patienten oder auch bei anderen ähnlichen Erkrankten auf einem solchen Verschiebungsvorgang beruhen. Es ist nur *eine* Form, *ein* Typus der Konversionssymptome. Im übrigen wird die Aktion eines bestimmten Organs immer behindert sein, wenn sie durch eine anderweitige Rolle, die das Organ neben der gewohnten zu spielen hat, in ihrer normalen Ausführung beeinflußt wird. Die Motive, warum ein Organ eine neue Rollenbesetzung bekommt, können verschieden sein. Bei unserem Patienten ist im Pavor nocturnus die motorische Hemmung am Wege der Verschiebung vom Sexualorgan auf das ganze motorische System vor sich gegangen. Wir werden noch reichlich Gelegenheit haben, auch bei unserem Patienten von Verschiebungen und Beeinträchtigungen von Organfunktionen zu sprechen, die dadurch entstehen, daß die Funktionen auch eine andere als die ihnen sonst eigene Bedeutung bekommen.

Sie werden sich erinnern, daß wir bei dem Patienten noch ein Symptom in der Analyse neu auftreten gesehen haben, dessen Entstehung eine Auffrischung, eine Wiederbelebung eines infantilen Symptoms war. Darauf möchte ich etwas ausführlicher eingehen und

zwar aus zwei Gründen. Erstens handelt es sich dabei um ein häufiges infantil-neurotisches Symptom, zweitens war es der Tummelplatz seiner wichtigsten neurotischen Konflikte, die zu seiner Erkrankung und zur Bildung auch anderer Symptome geführt haben.

Aus der Analyse ging, wie Sie schon gehört haben, hervor, daß die Blütezeit seiner masturbatorischen Betätigung in der Phase des Pavor nocturnus lag. Die onanistischen Phantasien hatten damals einen außerordentlich sadistischen Charakter. Der Kampf gegen diese Tendenzen, deren Ausdruck der Pavor nocturnus war, endigte mit einem scheinbaren Sieg. Patient hörte damals zu onanieren auf, der Pavor nocturnus verschwand und in der Gestaltung seiner Persönlichkeit trat eine Veränderung ein, die dem ganzen späteren Wesen das ausschlaggebende Gepräge gab. Aus dem aggressiven Jungen wurde ein braver, liebenswürdiger, etwas gedrückter Mensch, die „gute Stunde" selbst, wie ihn seine Umgebung nannte. Daß es sich aber dabei nicht um eine Überwindung im Sinne der gesunden Entwicklung gehandelt hat, war daraus zu ersehen, daß eben in dieser Zeit die Enuresis nocturna aufgetreten ist. Allerdings spielte sich um diese Zeit etwas ab, was wir wiederum als aktuellen Anlaß, als „aktuellen Konflikt" betrachten können. Es ist schwer zu sagen, ob der Wegfall eines solchen traumatischen Erlebnisses die Neurose verhütet hätte. Ich habe eher den Eindruck und gerade bei diesem Patienten ist der Eindruck sehr eindringlich, daß das Erlebnis, auf das wir gleich zu sprechen kommen werden, sich in einer bestimmten Weise ausgewirkt hat, weil es auf eine bereits vorhandene Bereitschaft gestoßen ist. Wir werden jetzt die Entstehung des neuen Symptoms von zwei Gesichtspunkten aus betrachten können. Der eine wird sich mit der Einstellung des kleinen Jungen nach dem Aufgeben der Onanie beschäftigen, der zweite mit seiner Reaktion auf das traumatische Erlebnis.

Die analytische Erfahrung zeigt uns, daß so heftige Kämpfe gegen die Onanie und so schwere Schuldgefühlsreaktionen, wie wir sie bei unserem Patienten gesehen haben, nicht immer mit einem einfachen Aufgeben der Onanie einhergehen. Ein solches Übermaß

an Schuldgefühlen pflegt eine Selbstbestrafung nach sich zu ziehen, besonders, wenn die libidinösen Strebungen einen so sadistischen Charakter haben. Das Resultat kann verschieden sein. Die Angst kann einfach durch Schuldgefühlsreaktionen abgelöst werden, so daß abgesehen von der Verzichtleistung auf die angsterzeugenden Lustfunktionen eine Persönlichkeit entsteht, zu inneren Verboten und Askese immer bereit, aber angstfrei und praktisch gesund. Oder es kommt, statt der Verzichtleistungen, eine Selbstbestrafung zustande und diese selbst äußert sich in der Bildung neuer Symptome. Dieser Vorgang hatte bei unserem Patienten stattgefunden. Mit dem Verzicht auf die sadistischen Funktionen seines Sexualorgans hatte er die in den Angstzuständen des Pavor nocturnus angedrohte Kastration selbst vorgenommen, die als Enuresis nocturna zum Ausdruck kam. Die Analyse derselben hatte ergeben, daß er sich zu jener Zeit in diesem Symptom so benahm, als hätte er keinen Penis mehr. Aber das Unbewußte des kleinen Jungen hatte auch in dieser Selbstbestrafung auf die Urkraft der menschlichen Seele, auf die Lustgewinnung, nicht verzichtet. Gleichzeitig mit dem Selbstbestrafungsprozeß, mit dem Verzicht und der Verdrängung seiner sadistischen Tendenzen, hatte sich auch die Umstellung in seinen libidinösen Ansprüchen vollzogen. Er wollte jetzt nicht mehr als kleiner, aggressiver Mann den „Lustmord“ an der Mutter begehen, er wollte selbst wie die Mutter vom Vater geliebt werden und mit ihm verkehren. Ein solches Schicksal der Libido, wie wir es bei unserem kleinen Jungen finden, kommt meist durch die Summation mehrerer Ursachen zustande. So erinnerte er in der Analyse, daß sich seine onanistischen Spiele nicht nur am Geschlechtsorgan abgespielt hatten, sondern daß die ganze Gegend des Perineums und des Anus in die Lustsensationen mit einbezogen wurden. Dazu kamen noch: eine habituelle Verstopfung, Würmer, an denen er jahrelang gelitten hatte, häufige Irrigationen usw., die bei ihm die Erregbarkeit jener Körperregion so steigerten, daß sich schließlich ihre Besetzung mit Phantasien, die ihr den Charakter eines weiblichen, passiven Organs des Mannes verliehen, ergeben

mußte, wie wir dies häufig im Seelenleben vieler männlicher Patienten und in den Betätigungen Perverser zu finden gewohnt sind. Mit dem Aufgeben seines männlichen Organs, mit der „Selbstkastration“ als Selbstbestrafung gibt unser Patient die Tendenz zur Lustgewinnung nicht auf. Nur an Stelle der männlich-aggressiven Strebungen treten weiblich-passive mit starker Besetzung der analen Zone als eines neuen Lustorgans. In dieser Zeit verwandelt er sich auch charakterologisch und wird, wie wir gehört haben, aus einem wilden Jungen „die gute Stunde selbst“. Damals ereignete sich das nun zu erwähnende traumatische Erlebnis.

Als er 8 Jahre alt war, kam ein kleines Schwesterchen zur Welt und er brachte den beim Säugling angewendeten Reinigungs- und Badeprozeduren ein besonders starkes Interesse entgegen. Die Analyse konnte da den Patienten bei einer sonderbaren Erinnerungsfälschung ertappen. Er behauptete nämlich lange Zeit hartnäckig, daß die Enuresis bei ihm gar nicht in der späteren Kinderzeit aufgetreten sei. Vielmehr meinte er mit vollster Sicherheit angeben zu können, daß er überhaupt nie, von seiner Geburt bis zur Pubertät, das „Unter-sich-lassen“ aufgegeben hätte. Bei Tag wäre es ihm wohl gelungen, sich aus Scham zurückzuhalten, bei Nacht hätte er aber nie etwas dagegen tun können. Abgesehen von der objektiven Bestätigung der Mutter, ging aus der Analyse klar hervor, daß die Enuresis zur Zeit der Geburt des kleinen Schwesterchens entstanden war und eine Nachahmung der Kleinen, eine Identifizierung mit ihr, bedeutete. Noch eine sonderbare Fehlleistung seines Denkens hatte da bestätigendes Material gebracht. Bis in die Pubertätszeit hatte Patient nämlich die Vorstellung gehabt, daß die Blasenvorgänge beim weiblichen Geschlecht nicht der willkürlichen Innervation unterliegen. Er glaubte, wenn die Blase voll ist, fließe sie aus und deshalb müßten die Frauen viel häufiger als die Männer aufs Klosett gehen, um das Überfließen der Blase zu verhindern. Allerdings ist diese Ansicht später korrigiert worden, aber es stellte sich heraus, daß diese Korrektur sehr oberflächlich war. Eine Frau sein — wie die Mutter und die kleine Schwester — bedeutete in seinem

Unbewußten zur Zeit seiner infantilen Enuresis, ein Loch haben, aus dem der Urin spontan „wie ein Wasserfall" herausfließt. Sonderbarerweise setzte sich sein Interesse für Wasserfälle auch in seinen Sublimierungen durch: als Ingenieur interessierte er sich in der Studienzeit besonders für die Verwertung der Wasserkräfte.

Ob sich die Geburt des kleinen Schwesterchens und die Identifizierung mit ihr im Sinne der Entstehung solcher weiblicher, urethraler Phantasien ausgewirkt hätte, wenn nicht schon vorher die Umkehrung in eine passive Einstellung, vor sich gegangen wäre, die sich durch die „Selbstkastration" und das Vorhandensein urethral-analer Triebtendenzen ausgedrückt hatte, ist sehr schwer zu beurteilen. Ich möchte hinzufügen, daß noch eine Determinante im Symptom der Enuresis enthalten war: eine weibliche Geburtsphantasie, in deren Zentrum die Identifizierung mit der Mutter stand, und das dunkle Ahnen vom Fruchtwasser, das wir auch sonst in den allmenschlichen Geburtsphantasien vorzufinden pflegen.[1] Auch hier ist es schwer zu unterscheiden, ob die aktuelle Schwangerschaft und Entbindung der Mutter, eine Auslösung seiner weiblichen Phantasien in dieser Richtung mobilisiert hat. Jedenfalls bleibt die feminine Einstellung zum Vater von nun an ein wichtiger Bestandteil des Seelenlebens unseres Patienten und Sie werden im weiteren hören, daß eine ganze Reihe seiner hysterischen Symptome aus dieser Quelle stammt.

Im Allgemeinen möchte ich bemerken, daß diese Genese der Enuresis nocturna, wie sie bei unserem Patienten aufgedeckt wurde, auch sonst für dieses Symptom ausschlaggebend zu sein scheint. Ich selbst habe sie bei mehreren Fällen bestätigt gefunden und aus dem von anderen Analytikern mitgeteilten Material diese Ansicht befestigen können.

1) Bei der Enuresis weiblicher Patienten handelt es sich genau um dieselben unbewußten Vorstellungsinhalte wie bei den männlichen. Auch hier wird dem Penis die Funktion eines Abschlußhahnes zugeschrieben. Das Bettnässen gehört dann beim Mädchen zu den neurotischen Reaktionen auf die Feststellung des anatomischen Unterschiedes.

Natürlich spielen auch hier die Geburtsphantasien eine große Rolle.

Kehren wir zu unserem Patienten zurück. Sie werden sich noch erinnern, daß er neben anderen Potenzstörungen auch an Ejaculatio praecox gelitten hat. Abraham hatte darauf aufmerksam gemacht, daß bei den an Ejaculatio praecox leidenden Patienten eine engere Beziehung zwischen der Ejakulation und der Miktion zu bestehen pflegt. Abraham hat auch bei seinen Patienten gefunden, daß sie in den Kinderjahren starke Lustempfindungen bei der Harnentleerung hatten, daß sie sich schwer an Reinlichkeit gewöhnten und daß sie an Bettnässen litten. Er weist auf die Lust des passiven Fließenlassens hin und auf die Tatsache, daß der ganzen Libido dieser Patienten die männliche Aktivität mangelt. Es war ihm auch aufgefallen, daß bei den Patienten „häufig eine besondere Erogenität des Dammes und der rückwärtigen Partien des Skrotums besteht. Diese Gegend entspricht entwicklungsgeschichtlich dem Introitus vaginae und seiner Umgebung".

Somit wäre auch nach Abraham die Beziehung zwischen der Ejaculatio praecox und der Miktion einerseits, zwischen der Ejaculatio praecox und der feminin-passiven Einstellung andererseits gegeben. Die Ableitung der Enuresis nocturna von der passiv-femininen Komponente des Trieblebens scheint jedoch Abraham nicht klar geworden zu sein. Weitere Bestätigungen meiner diesbezüglichen Anschauung, die an dem Patienten gewonnen wurde, werden sich noch ergeben.

Erinnern Sie sich, daß unser Patient nach der Überwindung seiner Potenzstörung auf den ersten gelungenen Koitus so reagierte, daß er nach vielen Jahren zu seinem infantilen Symptom des Bettnässens zurückkehrte. Die Analyse ergab dann, daß etwas in seinem Phantasieleben bei dem scheinbar gelungenen Koitus unbefriedigt geblieben war, und zwar die feminine Komponente, die er zu jener Zeit aus seinem Sexualleben noch nicht ausschalten konnte. Nachträglich holte er sich ihre Befriedigung im Symptom.

Ich habe nicht die Absicht, noch ausführlicher über Ejaculatio praecox zu sprechen. Sie ist viel komplizierter als Sie aus meinen bisherigen Auseinandersetzungen entnehmen können. Sie kann jede

Neurose begleiten und ob sie mehr einen zwangsneurotischen oder einen hysterischen Charakter trägt, kann man bei jedem Fall erst durch die analytische Einsichtnahme feststellen.

Der Patient, den wir besprechen, hatte in der Entwicklung seiner Libido die genitale Stufe erreicht und sie dann nachträglich, regressiv, zum Teil aufgegeben. Seine neurotischen Konversionssymptome haben durchwegs einen hysterischen Charakter und wir werden sie einzeln der analytischen Besprechung unterziehen.

VIERTE VORLESUNG

Hysterische Konversionssymptome

Lähmung, Sprachstörung, Freßlust

Sie erinnern sich, daß Ihre Aufmerksamkeit in der vorigen Vorlesung auf zwei Symptome hingelenkt worden ist, die während der Behandlung des Patienten entstanden sind, bezw. durch diese provoziert wurden und eine Brücke zu den Äußerungen seiner infantilen Neurose bildeten.

Ich versuchte Ihnen auseinandersetzen, aus welchen Angstquellen sein kindlicher Pavor nocturnus entstanden ist; vielleicht konnte ich auch an diesem Falle überzeugend zeigen, wie in der sogenannten „Angst-lähmung", d. h. in der Unmöglichkeit vor der scheinbar äußeren Gefahr zu fliehen, schon jene Mechanismen in Funktion waren, die die motorischen Hemmungen der hysterischen Konversion bedingen. Damit ist die Umwandlung eines rein psychischen Vorganges in eine körperliche Ausdrucksform gemeint.

Hier war die Überführung der verpönten, sexuellen Phantasie in einen masturbatorischen Akt dasjenige, was dem inneren Verbote unterlag. Die Unterdrückung der sexuellen Handlung führte durch Verschiebung zur Hemmung des übrigen motorischen Apparates. Solche Schicksale der verdrängten Onanie sieht man in der Analyse

häufig, manchmal als Störungen im motorischen, manchmal im vasomotorischen Gebiete. Ich habe schon des öfteren Fälle beobachtet, bei denen Schwellung und Rötung der Hand während der Analyse jedesmal aufzutreten pflegte, wenn die Assoziationen des Patienten in die Nähe der in der Erinnerung auftauchenden, verdrängten Masturbation kamen. Dieses Symptom stellte dann eine Art Schamreaktion dar, wie etwa das Erröten, und enthielt auch einen Selbstverrat, eine Selbstanklage vor dem Analytiker.

Ich erinnere mich, einen Fall beobachtet zu haben, bei dem eine hysterische Lähmung des rechten Armes unter Bedingungen aufgetreten ist, bei denen das Nichtabreagieren eines Affektes als unmittelbarste Ursache offensichtlich war. Es handelte sich um einen Handelsschüler, der in der Schule bei einer Kontroverse mit dem Mathematiklehrer plötzlich die Kreide aus der Hand fallen ließ und nicht mehr schreiben konnte. Die Lähmung des Armes hielt viele Monate an und auch die Bewußtmachung der wirklich bestehenden Tatsache, daß der Wutaffekt gegen den ebenso gehaßten, wie gefürchteten Lehrer die Ursache der Konversion war, führte zu keinem therapeutischen Erfolg. Im hypnotischen Zustande reagierte der Patient mit stärksten Affektausbrüchen die in der Schulszene wirklich erlebte und damals unterdrückte Wut ab. In der kurzen Analyse, die der hypnotischen Behandlung angeschlossen wurde, kamen sogar die infantilen Erlebnisse, die diese Reaktionsbereitschaft erzeugt hatten, zur Erinnerung. Auch die besondere Rolle des Professors als Übertragungsobjekt für die väterliche Autorität wurde dem Patienten klar, ohne daß der Erfolg über eine zeitweilige Besserung hinausgegangen wäre. Erst als die Hartnäckigkeit des Symptoms und seine Unzugänglichkeit für alle therapeutischen Maßnahmen eine richtige psychoanalytische Behandlung erforderlich machte, konnte in ihr der Beweis erbracht werden, daß die Szene mit dem Professor auf verschlungenen Wegen mit Onanieverboten von Seiten des Vaters verknüpft war, gegen den sich darum heftige Aggressionen gewendet hatten, die wieder von schweren Schuldgefühlen begleitet wurden. Allmählich konnte dann in der

Analyse die im Gefolge der Auflehnung gegen den Professor entstandene Lähmung des Armes als Ausdruck einer Art „Selbstkastration" am rebellischen Organ entlarvt werden.

Eine gewisse Verwandtschaft in der Entstehungsgeschichte dieses Symptoms mit der Enuresis beim Patienten, der im Mittelpunkt unseres Interesses steht, führt uns nun zu diesem zurück. Sie erinnern sich, daß er dieses Symptom akquirierte, nachdem er die aktiv onanistischen Befriedigungswünsche aufgegeben hatte. Das neue Symptom, aus Angst entstanden, sollte ihn vor dem direkten Angsterlebnis schützen. Als Darstellung des Verzichtes auf eine Form der Lustbefriedigung stand es jedoch erst recht im Dienste anderweitiger Lusttendenzen. Diese Umwandlung ging so vor sich, daß aktive genitale Tendenzen unter dem Drucke des Schuldgefühls aufgegeben und — als Resultat der im Phantasieleben akzeptierten Kastration — weiblich gerichtete, urethrale und anale Strömungen verstärkt wurden, die sich im Symptom der Enuresis geltend machten.

Das nächtliche Bettnässen behielt der Patient bis zur Pubertät, d. h. bis zu der Zeit, in der er nach langem Intervall wiederum zu onanieren anfing und dann ohne irgendwelche Hemmungserscheinungen, relativ frühzeitig den sexuellen Verkehr aufnahm. Er blieb bis zu seinem 18. Lebensjahr vollkommen potent, neigte aber zu Depressionen und zu Bildung von Konversionssymptomen.

So litt er etwa im achten Lebensjahr durch mehrere Jahre hindurch an einer Sprachschwierigkeit vom Charakter der Aphonie; später zeitweise an einer Art intermittierendem Hinken, dann an hartnäckiger Obstipation, an Sodbrennen, Trockenheit im Munde und Erbrechen. Er war eigentlich ein chronisch Kranker, lief von einem Spezialarzt zum anderen, besuchte Bäder und klimatische Orte, und wurde entweder für kurze Zeit gebessert oder vertauschte ein Symptom gegen das andere.

Ich möchte betonen, daß man bei keiner ärztlichen Untersuchung irgendeine krankhafte Organveränderung beim Patienten finden konnte. Alle Symptome konnten kurzweg „psychogen" genannt werden.

Ein solcher negativer Befund an den symptombesetzten Organen kann schließlich keinen Zweifel übrig lassen, daß es sich um Konversionssymptome handelt, d. h., daß ein psychischer Vorgang in körperliche Sensationen überführt wurde. Selbstverständlich kann die Überführung, bezw. Konvertierung, sich ebenso an einem gesunden wie an einem organisch erkrankten Körperteil abspielen. Von einem „Entgegenkommen des Organs" als Ursache oder erstem Anlaß zur Etablierung des psychischen Vorganges im Körperlichen kann dann gesprochen werden, wenn gewisse Veränderungen am Organ, die an und für sich noch keine Krankheit darstellen, einem vagierenden, psychischen Prozeß in einer Art Gastfreundschaft eine Niederlassung gewähren.

Der Fall unseres Patienten gab keine Veranlassung dazu, in seinen Symptombildungen dieses „Entgegenkommen" anzunehmen. Mit der Behebung der psychischen Schwierigkeiten schwanden die körperlichen Symptome, ohne daß in den Organfunktionen irgend etwas zurückgeblieben wäre, das auf dieses eventuelle „Entgegenkommen" hingewiesen hätte. Manche dieser Symptome schwanden sogar, ohne daß es ganz klar werden konnte, warum sie sich gerade des betreffenden Organs bedient hatten.

Man bekommt in Krankengeschichten häufig zu lesen, daß ein Konversionssymptom verschwand, nachdem seine psychischen Determinanten in einer oder in mehreren analytischen Stunden aufgedeckt wurden. Meine Erfahrung läßt mich annehmen, daß ein solches Verschwinden von Symptomen unmittelbar nach Aufdeckung seiner Determinanten die Folge einer autosuggestiven Einwirkung ist, etwa im Sinne der Erwartungsvorstellung des Patienten, der auf den Gedanken hin: „jetzt weiß ich, was das Symptom bedeutet, also jetzt muß es verschwinden", das Symptom aufgibt. Das Konversionssymptom hat wohl seine speziellen Determinanten, sie sind jedoch mit der Gesamtheit der neurotischen Konflikte so eng und sozusagen netzartig verwoben, daß das Symptom erst mit der Erschütterung der ganzen konfliktuösen seelischen Apparatur und mit der Gesamtauswirkung der analytischen Behandlung wirklich erledigt werden kann.

Bei der Behandlung von Konversionssymptomen können wir vollinhaltlich den Satz aufstellen: vom Symptom Befreien ist leicht — von der Neurose schwer.

Bei unserem Patienten ließen sich sämtliche Konversionssymptome, die verschiedenartigsten Organbesetzungen auf gemeinsame Ursprungsquellen zurückführen. Ja, man kann sogar sagen, daß in seinem Pavor nocturnus und in der Enuresis nocturna, also in den ersten Kindheitssymptomen, bereits die ersten Glieder der kontinuierlichen Kette seiner Konversionssymptome enthalten waren. Daß gerade bestimmte Organe zur Darstellung bestimmter unbewußter Inhalte dienten, war bei meinem Patienten, wie Sie sehen werden, vielfach, aber immer rein psychisch determiniert.

Versuchen wir den Weg, den die Entwicklung seiner Neurose gegangen ist, noch einmal mit einer gewissen Einhaltung der chronologischen Reihenfolge einer Prüfung zu unterziehen.

Seine erste infantile Angst kommt aus einer bestimmten Quelle und hat nur ein Ziel, dessen Erreichung Angstfreiheit gewährt. Sie ist nämlich der Ausdruck einer Sehnsucht nach der Mutter; dem Streben nach der Erfüllung dieses Zieles setzt sich zuerst noch kein Hindernis entgegen. Hemmungslos sucht der kleine Junge das Bett der Mutter auf, um an ihrer Seite vollkommen angstfrei, ruhig einzuschlafen. Er scheint in dieser Phase noch in keinerlei verhängnisvollem Rivalitätsverhältnis zum Vater zu stehen. Das häufige Ziel der infantilen Angst, durch die Anwesenheit im Schlafzimmer der Eltern die geheimnisvollen Beziehungen der Eltern zueinander zu stören, scheint zu jener Zeit noch im Hintergrunde zu sein.

Erst als die Sehnsucht nach der Mutter bereits in den Kämpfen des Ödipuskomplexes steht und die dunklen Triebansprüche nicht mehr durch die bloße Nähe der Mutter befriedigt werden können, wird der psychische Vorgang komplizierter, die Verarbeitung dieser unbewußten Ansprüche schwieriger.

Der Wunsch nach der Mutter hat in der Zeit, in der der Pavor nocturnus aufgetreten ist, bereits einen deutlich genitalen Charakter. Der Drang zur masturbatorischen Ent-

ladung und seine Unterdrückung sind in der Analyse voll erinnert worden und hatten wie der Traum, den ich Ihnen berichtet habe, deutlich zeigte, auch in der Übertragung eine Wiederbelebung erfahren.

Der ursprüngliche Vorgang der Angstentwicklung ist damit komplizierter geworden. Denn die alte Sehnsuchtsangst und die Versuchung, sich von derselben durch Erfüllung des libidinösen Wunsches zu befreien, ist als realitätswidrig erkannt und bereits vom Ich zurückgewiesen worden. Dadurch ist ein Konflikt entstanden, der in den Anfällen des Pavor nocturnus zum ersten Male zum Ausdruck kommt. Er läßt sich dann in den späteren neurotischen Symptombildungen leicht verfolgen.

Sehen wir uns den Vorgang näher an: An die Stelle der früher motorischen Aktion, des angstvollen Aufspringens und Aufsuchens der Mutter, tritt eine Drosselung dieser Tätigkeit zu Gunsten der onanistischen Phantasien. Die Verzichtleistung auf die reale Verbindung mit der Mutter war die Folge von stärkeren Triebansprüchen, deren Intensivierung sichtlich auch die zurückweisenden, verdrängenden Kräfte des Ichs mobilisierte. Diese Verzichtleistung auf die Mutter ist aber nur eine scheinbare, denn das, was früher gestattet war und befriedigt werden konnte, nun aber verboten ist, wird jetzt introvertiert, d. h. es spielt sich im Innenleben ab, in der unbewußten Phantasietätigkeit. Den Charakter dieser haben wir bereits kennen gelernt: diese Phantasien waren von sadistischen Tendenzen getragen, und der uns bekannte Übertragungstraum führte uns in die infantile Ausgangssituation seiner Neurose. In dieser Situation sahen wir den kleinen Jungen im Kampfe gegen seine masturbatorische Tätigkeit. Die Unterdrückung der Masturbation als Folge des Verbotes, mag es von der Außenwelt oder vom eigenen Willen kommen, ist ein Bewußtseinsakt und kann möglicherweise mit Leichtigkeit gelingen. Der Unterdrückungskampf gestaltet sich erst schwer, wenn jene Triebkräfte, die aus dem bewußten Seelenleben zurückgewiesen und von der masturbatorischen Entladung abgehalten werden, zu inneren Spannungen führen. Diese drängen

mit elementarer Gewalt zur Abfuhr und verschaffen sich sie in neurotischen Symptomen. In jenem oben erwähnten Traum und in den Kämpfen, die unser Patient in seinen nächtlichen Anfällen als Kind auszufechten hatte, konnten wir die von der Unterdrückung der masturbatorischen Phantasien resultierenden Spannungen und den Vorgang der Neurosenbildung deutlich beobachten.

Die primäre, sehr intensive Bindung an die Mutter bekommt nun in einer bestimmten Entwicklungsphase einen aggressiven, genital-sexuellen Charakter. Er hatte Gelegenheit, den Verkehr zwischen dem älteren Bruder und der Gouvernante zu belauschen. Dadurch werden seine eigenen Triebansprüche noch mehr erregt. Er verlegte die belauschte Situation in seiner Phantasie vom Zimmer der Gouvernante auf den Schauplatz seiner eigenen Sehnsucht, in das Schlafzimmer der Mutter. Die Sehnsucht nach der Mutter, wie auch die masturbatorische Betätigung stehen aber unter einem Verbote. Von wem das Verbot ausgeht und welchen Inhalt die Strafdrohung hat, läßt sich im Traume in beinahe klassischer Form sehen. Jenes autoritative Objekt, an dessen Stelle sich der kleine Junge in seinen aggressiven Phantasien versetzt, jene strenge Macht „hinter der Mauer" erweist sich in der Analyse als Vertreter (via älterer Bruder usw.) der ursprünglichen, väterlichen Autorität, von der die Strafdrohung für die verbotenen Wünsche ausgeht. Der Vater selbst ist jene Mauer, die zwischen ihm und der Mutter steht, die sich strafend auf ihn stürzt, um ihn zu erdrücken und zu vernichten. In der symbolischen Darstellung der „abbröckelnden Wand" haben wir deutlich die Kastrationsdrohung gesehen, die sich seinen Triebtendenzen widersetzt und ihn zur Verdrängung seines masturbatorischen Wunsches zwingt.

Die Hemmung der Masturbation könnte man als gelungene Verdrängung ansehen, wenn sie auch die Phantasien und die Triebansprüche beträfe, insbesondere zu einer Zeit, in der das Ich des Kindes noch nicht fähig ist, sie anders als durch Verdrängung zu bewältigen. Bei unserem Patienten können wir aber das Mißlingen der Verdrängung beobachten, und zwar gibt sich dieses Mißlingen in

seinen nächtlichen Anfällen kund. Mit der motorischen Innervation, die im Dienste des zurückgewiesenen Triebes steht, unterliegen in diesen Anfällen auch anderweitige, triebferne Innervationen dem Hemmungsvorgang, sie werden in diesen mit einbezogen und der Erfolg einer gelungenen Verdrängung, d. h. die Angstfreiheit, wird nicht erreicht. Diese mißlungene Verdrängung werden wir in seinen späteren neurotischen Symptomen noch weiter verfolgen können und es wird uns klar werden, daß der Patient jener autoritativen Macht des Vaters, die sich in seinen kindlichen Ängsten drohend seinen unbewußten Wünschen entgegenstellte, eine Vertretung, eine Repräsentanz in seinem Seelenleben aufgerichtet hat; diese verhängt auch noch zu einer Zeit, da seine erwachsene Persönlichkeit sich von der äußeren Abhängigkeit vom Vater emanzipiert hatte, in ihm selbst, mit größter Tyrannei anachronistisch und andauernd dieselbe Drohung über ihn, wie damals, als die Unreife seines Ichs und damit die Unfähigkeit seine Triebe zu bewältigen, die Verbote berechtigt erscheinen ließen.

Sie werden immer wieder bei diesem Patienten sehen können, wie alle seine Symptome eine Aufgabe zum Ziele haben: *ihn angstfrei zu machen*. Diese intendierte Angstfreiheit ist aber an Bedingungen geknüpft, die der Patient nur in seinen Hemmungen und Symptomen zu erfüllen vermag.

Sie werden sich sicher die Frage stellen: vor welcher Angst sucht sich der Patient durch seine Symptombildungen zu schützen? Vor jener, die von einer Triebgefahr ausgeht oder vor jener, die den verbietenden und drohenden Mächten gilt? Sie werden bald mit Beruhigung feststellen können, daß uns die Beantwortung dieser Frage in keinerlei Verlegenheit bringen wird. Einmal wird das Ich vor der unbewußten Triebkraft in Angst geraten und sich nach Maßnahmen umschauen, die es vor dieser Gefahr schützen sollen. Das andere Mal wird es unter dem Drucke seines Schuldgefühls Angst vor Bestrafungen entwickeln, und sich Hemmungen und Verzichten unterziehen, um der Bestrafung zu entgehen. Zum Schluß wird es auch Symptome bilden, die bereits selbst Bestrafungen entsprechen.

Die Grenzen zwischen diesen Entstehungsstätten der Angst lassen sich nicht scharf ziehen.

Wenn das Ich die Triebgefahr innerlich wahrnimmt, so reagiert es auf diese Wahrnehmung mit Angst. Diese Angst ist ein Signal zur Bildung von Gegenströmungen, die die Aufgabe haben, die unbewußten Triebtendenzen zu hemmen und dadurch das Ich von der Angst zu befreien. Die hemmenden Einflüsse gehen vom Über-Ich (Gewissen) aus und bleiben ebenso unbewußt, wie die Triebtendenzen. Wir werden ihnen bei unseren Besprechungen in verschiedenen Formen begegnen: als Gewissensangst (Über-Ich-Angst), also triebhemmend, aber nicht angstbefreiend, als neurotische Reaktionen des Schuldgefühls, und vor allem als Symptome, die den Charakter von sogenannten Gegenbesetzungen haben, d. h. sie sind Maßnahmen, die das Ich vor den unbewußten Triebgefahren schützen sollen.

Nun kehren wir wieder zum Pavor nocturnus unseres Patienten zurück. Die Triebregungen, von denen wir bereits gesprochen haben, werden da also von den verbietenden Mächten zurückgewiesen. In seinen kindlichen Anfällen befinden sich diese Mächte noch zum Teil in der Außenwelt, d. h. das Onanieverbot und die damit verbundene Kastrationsdrohung sind noch an die erzieherischen Maßnahmen der Umgebung gebunden. Sie sind aber auch schon zum Teil verinnerlicht, d. h. die Bestrafungsgefahr liegt auch bereits in der Funktion des eigenen Schuldgefühls. Es scheint überhaupt, daß wir die Bedeutung der realen Drohung, die von der Außenwelt erfolgt, bei der Entstehung der Kastrationsangst zu sehr überschätzen. In manchen Fällen kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, daß die unter dem Drucke des Schuldgefühls im Inneren entstehende, also bereits verinnerlichte Kastrationsangst erst in jene Mächte der Außenwelt hinausprojiziert wird, die an der Bildung der moralischen Instanzen einst beteiligt waren. Unserem Patienten z. B. ist nie die geringste Geste vom Vater zugekommen, die als Kastrationsdrohung empfunden werden konnte. Im Gegenteil, seine eigenen, schwer sadistischen, aggressiven Regungen gegen den milden, gütigen Vater,

haben sein inneres Konto zu Gunsten des Vaters sehr belastet; als Folge dieser Belastung des Schuldgefühls tritt ihm auch sein eigenes strenges Über-Ich drohend in seinen Ängsten entgegen und überträgt nachträglich in seinen Träumen und masochistischen Phantasien die Straffunktion dem Vater.

Erinnern Sie sich an unsere Auffassung der motorischen Hemmung im Pavor nocturnus. Was zuerst der Zurückweisung erliegen soll, sind seine masturbatorischen Phantasien, bezw. ihr motorischer Ablauf. Die Hemmung ergreift dann den ganzen motorischen Apparat, wobei der Vorgang im Sinne der Angstbefreiung als mißlungen zu betrachten ist, denn mit der erfolgten Hemmung geht auch eine intensive Angstentwicklung einher. Es macht den Eindruck, als ginge die Drohung und die Warnung so vor sich, daß im ersten Akt, d. i. in der Hemmung, eine vermeidende Rettungsaktion unternommen wird, die jedoch ihr Ziel nicht erreicht und daß die Angst vor der Strafe sich in dem Hemmungsakt selbst fortsetzt. Der Schauplatz der Gefahr ist dabei von innen in die Außenwelt verlegt. Die motorische Hemmung erzeugt ihrerseits die angstvolle Sensation der Unfähigkeit vor einer realen Gefahr zu fliehen. (Einstürzende Mauer.) Zum Schluß des ganzen Vorganges wird sichtlich der Triebwunsch aufgegeben und damit auch die Hemmung überwunden. Der befreiende Angstschrei stellt den Kontakt mit der verhindernden, aber nicht mehr strafenden Außenwelt wieder her.

Bei den direkten Beobachtungen des Pavor nocturnus macht es immer wieder den Eindruck, als sollte durch das nächtliche Aufschreien der Kinder mit Hilfe der Außenwelt etwas verhindert werden, was wohl schon einer Hemmung unterlag, nämlich der Drang zur Masturbation, aber erst auf dem Wege einer Unterstützung durch die Mächte der Außenwelt endgültig beseitigt werden kann.

Die Behinderung des Sprachvermögens als Teilerscheinung der gesamten motorischen Hemmung war aber hier auch auf andere Motive zurückzuführen. Der Schrei nach der gewährenden Mutter sollte in dieser Lebensperiode nicht mehr erhört werden und die Sprachbehinderung hatte somit einen asketischen Charakter. Noch in

seinen Kinderjahren — aber auch später — erlangte die Sprachschwierigkeit des Patienten die Bedeutung eines selbständigen Symptoms.

Wir haben bereits erwähnt, daß er in seinem achten Lebensjahr an aphonischen Zuständen gelitten hat und, daß diese Zustände zeitweise auch im späteren Leben aufzutreten pflegten. Die Analyse erwies deutlich, daß sein Sprachvermögen immer in jenen Situationen gestört war, in denen bestimmte, verdrängte Regungen sich zur Ermöglichung ihres Durchbruches eben der Sprachorgane bedienen wollten.

Zur Zeit der Geburt seines kleinen Schwesterchens sind seine aggressiv-sexuellen Triebtendenzen bereits sehr weitgehend verdrängt gewesen; der Pavor nocturnus inaugurierte bei ihm diesen Verdrängungsschub. Zur Zeit der Enuresis nocturna sehen wir ihn bereits in einer vollzogenen Umgestaltung seiner früheren sadistischen Persönlichkeit. Die Verdrängungskämpfe endigten mit der Umkehrung seiner aggressiven Tendenzen in masochistisch-passive und wir haben ja erfahren, daß er im Symptom der Enuresis selbst auf sein männliches Organ verzichtete und sich mit der früher begehrten Mutter, wie auch mit der aggressiv beneideten Schwester identifizierte. Diese Identifizierung mit den weiblichen Objekten hatte sehr verhängnisvolle Folgen für seine ganze psychische Gestaltung. Sie blieb nicht partiell und beschränkte sich nicht auf einzelne Symptombildungen, wie es häufig bei der Entstehung hysterischer Konversionssymptome zu sein pflegt. Sie werden wohl sehen, wie eine ganze Anzahl seiner Symptome solchen partiellen Identifizierungen entsprach; diese erfolgten jedoch auf der Basis einer Gesamteinstellung, die ihrerseits die Abwendung seiner Libido von der männlichen Rolle mit sich brachte.

Zur Zeit der Geburt des kleinen Schwesterchens hatte er trotz des oben besprochenen Umkehrungsprozesses seine libidinöse Einstellung zur Mutter nicht vollkommen verlassen. Wenn auch seine aktiv gerichteten Wünsche der Verdrängung unterlagen, so hatte er doch versucht, in einer anderen Rolle die Mutter für sich zu ge-

winnen. Unser kleiner Junge trachtete sichtlich immer den jeweiligen Gegner mit dessen eigener Waffe zu schlagen. So versuchte er es früher einmal gegen den Vater, dessen Stelle er als aggressiver kleiner Mann einnehmen wollte, bis dieser Versuch durch seine neurotischen Ängste einen jähen Abbruch erlitten hat. Wir haben erfahren, wie er sich der Folgen dieser schuldbeladenen Epoche erwehrt hat: indem er auf seine männliche Rolle verzichtete und seine sadistischen Tendenzen in masochistische verwandelte. Ich habe Sie bereits darauf aufmerksam gemacht, daß diese Umkehrung nicht nur unter dem Drucke des Schuldgefühles zustande kam, sondern daß auch gewisse, bereits vorgebildete Bereitschaften aus früheren Entwicklungsphasen (vor allem der urethralen und der analen) als Ersatzlustprämie sich anboten. Es war so, als würden in ihm in seinen Kastrationsängsten und inneren Strafdrohungen Erinnerungen an frühere Lustsensationen auftauchen, die ihm einen Ersatz versprachen und ihn zum Verzicht auf die Lust, die ihm vom bedrohten Organ kam, ermunterten.

Jetzt, beim Auftreten eines neuen Konkurrenten in der Liebe zur Mutter, versuchte er wieder sich selbst dem neuen Rivalen, der kleinen Schwester, wie einst dem Vater anzugleichen. Schon das Bettnässen hatte in einer Determinierung dieser Angleichung entsprochen. Sie haben aber bereits gesehen, daß es viel tieferer Motive bedurfte, um diese Identifizierung durch ein Symptom herzustellen. Sicher hätte der Achtjährige mit Entrüstung jeden Versuch dieser ihn entmannenden Identifizierung abgelehnt, wenn nicht schon früher aus anderen Gründen ein Vorstoß gegen seine Männlichkeit in seinem Inneren unternommen worden wäre. Die Identifizierung mit der kleinen Schwester im Bettnässen war nur eine der Trostprämien für die bereits aus Schuldgefühl masochistisch aufgegebene Männlichkeit.

Einem ähnlichem Schicksale unterlag seine „männliche" Stimme. Die erste Hemmung der Sprache galt, wie wir deutlich sehen konnten, seinem aktiven Lockrufe nach der Mutter. Die Neugeborene schien ihm einen anderen Weg zur Eroberung der Mutter zu weisen.

Er merkte, daß ihr unartikuliertes Schreien jedesmal die zärtliche Fürsorge der Mutter hervorlockte; er mußte nicht nur neiderfüllten Herzens Zeuge dieser mütterlichen Zärtlichkeit sein, sondern auch sich selbst in seiner nächtlichen Ruhe und in seinen Gewohnheiten des bis dahin einzigen Kindes gewaltig gestört fühlen. Er versuchte, sich derselben Mittel wie sie zu bedienen und wurde in einer Übergangsphase zwischen dem aggressiven, wilden Jungen und dem stillen, braven Knaben, zu dem er sich dann umwandelte, ein ewig verraunzter Quälgeist, der die Umgebung fortwährend in Anspruch zu nehmen versuchte. Erst als diese Mittel das Ziel nicht erreichten, „verstummte" er eines Tages, sozusagen im wörtlichsten Sinne, indem er eines Morgens aufstand und keinen Laut herausbringen konnte. Dieses Verstummen war das Resultat der Erfolglosigkeit seiner schreierischen Konkurrenz mit der Schwester. So wie er in der Konkurrenz mit dem Vater zum Schluß sein männliches Organ aufgegeben hatte und das Aufgeben in einem Symptom (Enuresis) dokumentierte, so gab er auch jetzt das Konkurrenzschreien auf und ersetzte es durch ein Symptom, das eine Art „Negativ" zum früheren Verhalten darstellte (wie die Enuresis zur aktiven Masturbation).

Die Analogie in der Bildung der Symptome ließ sich noch weiter analytisch verfolgen. Das auslösende Motiv zur psychischen Selbstkastration war das schwere Schuldgefühl, das sich umso stärker auswirkte, je aggressiver seine ursprünglichen Tendenzen waren. Dieselben Kräfte waren auch jetzt im Spiele. An die Konkurrenz mit der Schwester schließt eine aggressive Wut gegen die Neugeborene an, der er sich durch Identifizierung zu erwehren versucht. Als ihn hier der erwartete Erfolg im Stiche läßt, steigert sich seine Wut und seine Aggression gegen den kleinen Schreihals nimmt die Form des Wunsches an, die Kleine möge für immer verstummen. So ein „Stummwerden" dient häufig in der Sprache des Traumes zur Darstellung des „Totsein". Die masochistische Wendung gegen sich selbst bringt den eigenen Verlust der Sprache mit sich, genau wie vorher den Verlust des männlichen Organs im Symptom des Bettnässens.

Wir haben gesehen, daß das Aufgeben der männlichen Funktion des Genitalorgans neue Befriedigungsmöglichkeiten eröffnet hat, und zwar durch die Wiederbelebung von früheren erogenen Lustzonen. Auch das Verstummen brachte dem Patienten neue Entschädigungen. Nicht nur in dem, was wir „sekundären Krankheitsgewinn" zu nennen pflegen, d. h. daß man dem nun erkrankten Kinde mehr Aufmerksamkeit schenkte, sondern auch weil die Sprachorgane, insbesondere der Mund, ebenfalls eine erogene Bedeutung bekommen hatten und weil auch die Beschäftigung der Ärzte und der besorgten Eltern mit diesem Organ unbewußten Triebbefriedigungen des kleinen Patienten diente. Auch hier hatte die Identifizierung mit der kleinen Schwester zur Wiederbelebung seiner Munderotik beigetragen. In der Nahrungsaufnahme hatte die Kleine jene enge Verbindung mit der Mutter erreicht, die ihm jetzt versagt bleiben mußte. Aber auch diese Identifizierung in der Besetzung der Mundzone konnte nur deshalb so erfolgreich und intensiv zustandekommen, weil der Patient bereits früher die männlich-genitalen Tendenzen verdrängt und in dem nachfolgenden Umstellungsprozeß seiner Libido alle jene Zonen neu besetzt hatte, die seinen passiv-femininen Wünschen mehr entsprochen hatten.

Wenn man also von einem „Entgegenkommen der Organe" sprechen kann, so wirkt sich dieses Entgegenkommen vor allem in dem Sinne aus, daß bei solchen Symptombildungen Organe besetzt werden, die durch die historische Vergangenheit der durchgemachten Entwicklungen dazu prädisponiert sind.

Das Aufgeben einer höheren Entwicklungsstufe der Libido geht immer mit regressiven Besetzungen früherer Lustorgane einher, und zwar entweder jener, die schon früher eine besondere Intensität der Lustfunktion aufwiesen oder solcher, die für die neu entstehenden, aber anachronistischen Ziele besonders geeignet erscheinen. Für die passiv-femininen Tendenzen unseres Patienten erwiesen sich die analen, urethralen und oralen Organe als besonders geeignet. Die Identifizierung mit der kleinen Schwester hatte natürlich auch dazu ihren Beitrag geliefert. Die Hemmung des Sprachvermögens war also

mehrfach determiniert: Sie entsprach einem reaktiven Ausdruck der Identifizierung mit der Schwester, in dem die Stelle des Schreiens durch das Verstummen eingenommen wurde, vor allem aber einer masochistischen Abwendung der Aggression von der Schwester gegen das eigene Ich. So kam es zu einem asketischen Verzicht auf die Funktion des Sprechens, da das Sprechorgan unbewußten Tendenzen dienen sollte, die von Ichinstanzen zurückgewiesen wurden. Die harmlose ichgerechte Funktion des Organs wurde in den Prozeß mitgerissen, etwa so, wie bei der Bewegungshemmung im Pavor nocturnus die gesamte Motilität — gewissermaßen schuldlos — bei der Zurückweisung einer einzelnen, bestimmten, motorischen Innervation mitgehemmt wurde, oder so, wie die sublimierte und vom Ich vollauf akzeptierte Funktion des Schreibens bei jenem Handelsschüler, über den ich hier berichtet habe, aufgegeben werden mußte, weil andere Intentionen von Seiten des Armes vom Ich zurückgewiesen wurden.

Nicht alle neurotischen Störungen unseres Patienten hatten den asketischen Charakter der Hemmung, d. h. der Verzichtleistung auf die Funktion. Um bei den oralen Symptomen zu bleiben, erinnere ich Sie an die bereits erwähnte Freßlust, die im späteren Leben unseres Patienten mit Appetitlosigkeit, Dyspepsie, Sodbrennen und Erbrechen abzuwechseln pflegte. Diese Freßsucht wiederholte sich auch in einer Phase der Behandlung, aus der hervorging, daß im Chaos seiner Phantasien nicht nur die passiven Strebungen sich der Mundorgane bemächtigt hatten, sondern daß auch sehr tief verdrängte, sehr infantile Regungen von aktiv-aggressivem Charakter hier ihren Platz gefunden hatten. Der Patient pflegte eine Zeit lang unmittelbar nach der analytischen Stunde zwanghaft von einem qualvollen Hungergefühl getrieben, ein in meiner Nähe gelegenes Gasthaus aufzusuchen, um mehrere Portionen von besonders scharfen, gewürzten Speisen gierig zu verschlingen.

Diese Freßsucht meldete sich zu einer Zeit, in der er gegen seine passive Rolle in der Analyse zu protestieren begann. Die Analyse mache ihn „schlaff und weibisch“, meinte er, und eine

solche Situation der Frau gegenüber sei für ihn als Mann höchst erniedrigend. Nach dem Genuß von gewürzten Speisen habe er immer das Gefühl, als flössen neue, männliche Kräfte seinem Körper zu.

Die unbewußten Regungen, die im Freßsymptom zum Durchbruch kamen, hatten einen sehr aktiven und aggressiven Charakter. Aber zufolge der Verdrängung seiner genitalen Libido konnten auch jetzt seine aggressiven Wünsche mir gegenüber keinen männlich-genitalen Charakter haben. Sein aktiver Protest fand keine andere Form als die eines sehr infantilen Wunsches: das begehrte Objekt aufzufressen. Da die Realität, ebenso wie die Urteilsfunktion des Patienten einerseits, die Unbewußtheit dieses Wunsches andererseits, eine direkte Befriedigung am Objekte nicht zugelassen hatten, begnügte sich der Patient mit gewürzten Speisen zur Befriedigung seiner kannibalischen Wünsche.

Im Gegensatz zu den oben beschriebenen Hemmungen, in denen eine Ichfunktion (z. B. das Sprechen) durch ihre Verbindung mit unbewußten Strebungen aufgegeben werden mußte, ist beim Symptom der Freßlust der Vorgang der umgekehrte. Auch hier stellt sich eine Ichfunktion (Nahrungsaufnahme) in den Dienst unbewußter libidinöser Tendenzen. Sie unterliegt aber keiner Hemmung, sondern bekommt den Charakter einer Überfunktion. Nur die Zwecklosigkeit des Vielessens, das Frustrane dieser Mehrleistung beweisen es, daß diese Leistung anderweitigen, unbewußten Zwecken dienen muß. So kann z. B. der neurotische Heißhunger, wie er häufig bei hysterischen Frauen vorzukommen pflegt, durch keine Nahrungsaufnahme genügend befriedigt werden, weil der Hunger hier ein Ausdruck anderer, unbewußter und weiterhin unbefriedigt bleibender Wünsche ist. Ein klassisches Beispiel für Eßgelüste aus unbewußten Tendenzen finden wir bei *schwangeren* Frauen. Der tiefere Sinn dieser Gelüste ist auch dichterisch erfaßt worden. In seinem Roman „Zwei Frauen“ beschreibt *Balzac*, im tiefen intuitiven Erfassen dieses Zustandes, Gelüste einer schwangeren Frau nach faulen Orangen, in denen er kannibalische, gegen das Kind im Leibe gerichtete Freßphantasien erkennt.

FÜNFTE VORLESUNG

Hysterische Konversionssymptome

Anfälle — Dämmerzustände

Wir wollen jetzt unsere Aufmerksamkeit einem anderen Symptom zuwenden, das bei dem Patienten, mit dem wir uns bis jetzt beschäftigt haben, zeitweise in den langen Jahren seines psychischen Leidens aufzutreten pflegte. Ich habe dieses Symptom bereits erwähnt und nannte es „intermittierendes Hinken“, da es sich um eine Gehstörung gehandelt hat, die anfallsweise und vorübergehend aufzutreten pflegte. Im Laufe der Jahre nahm dieses Leiden einen mehr chronischen Charakter an und bekam von den Ärzten die Verlegenheitsdiagnose „Rheumatismus“. Begreiflicherweise trotzte das Symptom sämtlichen antirheumatischen Prozeduren und doch war es eines der ersten, das Patient in der Analyse vollkommen aufgab, wobei ich gestehen muß, daß die Genese dieses Symptoms in der Analyse nicht ganz aufgeklärt wurde.

Gerade bei Konversionssymptomen kann man meistens die sogenannten „traumatischen“ Situationen, unter denen das betreffende Symptom zum erstenmal aufgetreten ist, wiederherstellen. Man kann dann zweierlei Vorgänge verfolgen. Entweder wird ein Symptom dauernd festgehalten, d. h. die seelische Erregung, die in das Symptom auslief, ist nicht erledigt und schickt permanente Innervationen aus, die das Symptom aufrecht erhalten (dies gilt hauptsächlich für Symptome auf dem Gebiete der Motilität, für Lähmungen und Kontrakturen). Oder die Symptome (und dies gilt meistens für Symptome sensorischer Natur) treten intermittierend auf, und zwar unter bestimmten Bedingungen, die dann in der Analyse ihre assoziative Verbindung mit pathogenen Situationen nachweisen lassen. Ein typisches, häufiges, intermittierendes Symptom ist z. B. das

hysterische Erbrechen, das immer nur bei bestimmten Anlässen aufzutreten pflegt, als Ausdruck des Ekels und der Abwehr, oder eine ganze Menge von Symptomen, die die Rolle von Schutzvorrichtungen übernommen haben und nur bei Gefahrssituationen auftauchen.

So z. B. pflegte eine meiner Patientinnen beim Tanzen sehr übelriechende Schweißausbrüche zu bekommen, die ihr dieses für andere so harmlose Vergnügen unmöglich machten. Für das asketisch lebende, die Sexualität verdrängende Mädchen war diese Gelegenheit der körperlichen Annäherung des Mannes sichtlich gar nicht so harmlos und so produzierte sie zum Schutz gegen ihre eigenen Phantasien dieses unangenehme Symptom. In anderen Situationen, in denen sie sich irgendwie gefährdet fühlte, entwickelte sie auch anderweitige Körpersymptome, die alle dazu dienten, in der Umgebung die Ablehnung ihrer Person hervorzurufen.

Auch unser Patient hatte im Hinken, dessen Genese, wie gesagt, nicht restlos eruierbar war, eine Schutzvorrichtung gegen gewisse Regungen seines Seelenlebens gefunden. Zur Zeit des Auftretens des Symptoms, und zwar in der Pubertät, war Patient außerordentlich ehrgeizig. Dieser Ehrgeiz geriet jedoch in Konflikt mit anderen Strömungen. Sie erinnern sich, daß Patient in seiner Kindheit stark passiv-feminine Züge aufgewiesen hat. In der Pubertät nun war seine Libido bereits vollständig homosexuell gerichtet, und zwar war es in dieser Zeit immer einer seiner Schulkameraden, dem seine Liebe galt; gewöhnlich derjenige, der in seinen ehrgeizigen Zielen sein unmittelbarster Konkurrent war. In allen jenen Situationen der Schulzeit, in denen, wie bei Prüfungen usw., eine Konkurrenz mit diesem Kameraden auszutragen war, fing er zu hinken an, gleichzeitig pflegte sich auch eine Sprachhemmung einzustellen, die Patient selbst „ein Hinken mit der Zunge“ nannte. Aus der Analyse ergab sich, daß beide Symptome aus seiner passiv-masochistischen Einstellung zum Geliebten resultierten. Während sein Bewußtsein den Sieg gegen den Konkurrenten anstrebte, erwies sich der unbewußte Drang zum Zurückweichen, der sich der Symptome bediente, als stärker. Die Genese dieser passiv-masochistischen Ein-

stellung wurde uns schon bei der Besprechung seiner Enuresis nocturna klar.

Mit der Verdrängung der aktiv-genitalen Strebungen wird seine ganze libidinöse Beziehung zur Welt feminin-masochistisch, und so steht ein großer Teil seiner Symptome unter dem Zeichen der Befriedigung oder der Abwehr dieser Tendenzen. Die Gestaltung seiner Persönlichkeit sowie die Bildung der Symptome geht einerseits unter dem Drucke der strafenden und verbietenden Instanz vor sich (masochistische Reaktionen, asketische Verzichtleistungen in den Symptomen usw.), andererseits aber dienen sie den Befriedigungen seiner libidinösen Regungen. Wir verstehen, daß die Grenze zwischen diesen Triebbefriedigungen und den masochistischen Reaktionen des Schuldgefühls schwer zu ziehen ist, weil beide in den Wunscherfüllungen gleichsinnig gerichtet sind.

Wir haben auch gesehen, daß ein Teil seiner Symptome in der Identifizierung mit der Schwester, bezw. mit der Mutter wurzelte. Nach dem Tode der Mutter, die an einem Magenkrebs starb, als unser Patient 22 Jahre alt war, verstärkte sich diese Identifizierungstendenz mit der Mutter außerordentlich in der Art seiner Symptombildung.

Die zahlreichen Magensymptome, die er produzierte, hatten ursprünglich mit der späteren Erkrankung der Mutter nichts zu tun, obzwar sie auch einer Identifizierung mit ihr entsprachen. Seine Schwangerschaftsphantasien z. B. hatten genau dieselben Inhalte und Intensitäten, wie wir sie bei hysterischen Frauen und Mädchen zu sehen pflegen: angefangen von Obstipation bis zu Erbrechen, Spannungen in der Magengrube usw., war das ganze Inventar der typischen Schwangerschaftsreaktionen bei ihm vorzufinden. Es stellte sich in der Analyse sogar heraus, daß sein Begehren, immer von neuem röntgenologisch untersucht zu werden, auf die Erfüllung zweier infantiler Phantasien hinzielte; die Sondeneinführung entsprach der Phantasie von der oralen Befruchtung, das Röntgenbild sollte seine kindliche Neugierde: „wie schaut es im Bauche aus?,“ befriedigen.

Nach dem Tode der Mutter nimmt die Identifizierung mit der Verstorbenen einen unheimlichen Charakter an. Ursprünglich hatten die aus dieser Identifizierung hervorgegangenen Symptome nur die Bedeutung einer weiblichen Einstellung zum Vater. So war es mit der Enuresis, mit den Schwangerschaftssymptomen usw. Sie verdolmetschten seine unbewußten libidinösen Wünsche und dienten zum großen Teil ihrer Befriedigung.

Der Tod der Mutter steigerte noch seine unbewußten Schuldgefühle gegenüber der Verstorbenen. Bei einer Konstellation des Ödipuskomplexes im Sinne der Umkehrung, wie bei diesem Patienten, pflegt auch das Schuldgefühl gegen die Eltern eine andere Richtung und anderen Charakter anzunehmen. Die Umkehrung drückte sich vorerst in einer masochistischen Einstellung zum Vater aus und sollte die Befriedigung und Beruhigung des Schuldgefühls des kleinen Jungen im Verhältnis zum Vater bewirken. Aber der Wunsch, in der Beziehung der Eltern zueinander die Rolle der Mutter einzunehmen, mußte Beseitigungswünsche gegen die einst geliebte Mutter zur Folge haben. Außerdem hing an diesem Verlassen der Mutter — wenn es auch unter dem Drucke des Liebesverbotes zustande kam — ein großes Stück von Selbstbeschuldigung über die eigene Untreue, und der reale Tod der Mutter mußte dann schwere Gewissensbisse mobilisieren. Unseren Patienten führten sie zu einer Identifizierung mit der Mutter in ihren Leidenssymptomen: er müsse so sterben wie sie. Aus dieser Vorstellung entwickelten sich dieselben Magenzustände, an denen die Mutter gelitten hatte. Das von den Schuldgefühlen bedrohte Verdauungsorgan zog seine ständige Aufmerksamkeit auf sich und wurde mit narzißtischer Fürsorge umgeben, die den Charakter einer hypochondrischen Angst annahm.

Diese gesteigerte Aufmerksamkeit war eine Reaktion auf ein Angstsignal, das diesmal durch die Drohung des schuldbeladenen Gewissens entstanden war. Der Patient blieb aber nicht bei dieser hypochondrischen Angst; seine Phantasie verwirklichte in der Selbstbestrafung jene Symptome, an denen die Mutter gelitten hatte, angefangen von Schmerzen bis zu hochgradiger Abmagerung.

Während die früheren Identifizierungssymptome unbewußte Lustbefriedigungen zum Anlaß hatten, waren die letzteren deutlich Folgen der vom Über-Ich ausgehenden Bestrafungen.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit Ihre Aufmerksamkeit auf die hypochondrischen Ängste hysterischer Patienten lenken.

Ich habe schon häufig beobachten können, wie der Bildung eines Konversionssymptomes eine hypochondrische Angst um das später neurotisch erkrankte Organ vorausgeht. Es scheint, daß die libidinöse Inanspruchnahme eines Organs, seine „Erotisierung", wie wir zu sagen pflegen, auch seine narzißtische, ichlibidinöse Besetzung steigert und so die hypochondrische Angst hervorruft. Bei der Verschiebung der Lustbesetzung vom verdrängten Genitale auf einen anderen Körperteil, wie sie für die Hysterie charakteristisch ist, scheint auch die Kastrationsangst vom Genitale auf das neue Organ mit verschoben zu werden, die dann in der hypochondrischen Angst zum Ausdruck kommt. Diese Bemerkung bezieht sich nur auf bestimmte Formen von hypochondrischer Angst, die einen passagèren Charakter zu haben pflegen und meist durch die Bildung von Konversionssymptomen abgelöst werden. Sind die Symptome einmal manifest, so wird die hypochondrische Angst charakteristischerweise aufgegeben und das Symptom bringt dann eine gelungene Befreiung von der Angstspannung mit sich.

Die letztgenannten Symptome unseres Patienten hatten bereits ganz den Charakter von Selbstbestrafungen. Hervorzuheben wäre, daß er in der Zeit, die zwischen seiner infantilen Neurose, d. h. zwischen den schweren Angstanfällen des Pavor nocturnus und dem Beginn der durch seine hypochondrischen Befürchtungen hervorgerufenen Angstspannung lag, eigentlich immer angstfrei geblieben ist. Nur ein leichtes Beklemmungsgefühl ging immer wie ein Schatten neben ihm; er hatte auch stets das Empfinden, als lebe er in einer Wolke, die ihm die Möglichkeit, das Dasein wirklich zu genießen, irgendwie versperre. Diese Beklemmung, diese „Wolke", wie er sagte, war eigentlich eine vage, diffuse Angst, die durch die Analyse noch intensiviert werden mußte, bevor ihre Motive bewußt

gemacht werden konnten. Alle Symptome, die er produzierte, dienten wohl dazu, ihn von der Angst zu befreien und vermochten dies auch bis auf den kleinen Rest eines diffusen Gefühls der Unheimlichkeit. Die Aufgabe der Analyse bestand darin, diese Leistung der Symptome durch die Bewußtmachung der verdrängten Regungen, durch die Reaktivierung infantiler Einstellungen in der Übertragung vorübergehend rückgängig zu machen. In diesem Sinne, als Vorstoß gegen seine Angstfreiheit, sollte auch der von ihm befolgte Vorschlag, die Hände nicht unter den Polster zu verstecken, wirken. Sie erinnern sich an meine Schilderung des schweren Durchbruches der bis dahin gut bewältigten Angst, deren Quelle bei diesem Anlaß sichtbar wurde und die dann in der Analyse verarbeitet werden konnte.

Ein großer Teil seiner Symptome verfolgte denselben Zweck wie das Gebot die Hände zu verstecken: nämlich die Erreichung der Angstfreiheit. Während aber das Verstecken der Hände einer einfachen Verzichtleistung entsprach, sollte in den Symptomen gleichzeitig eine Befriedigung und eine Befreiung vom Schuldgefühl, d. h. von der Bestrafungsangst erzielt werden. Dies kann aber nur durch einen umständlichen Prozeß der Verdrängung, der Verschiebung, der Neubesetzung usw. zustande kommen. Die libidinöse Besetzung des Genitales verschiebt sich bei diesem Vorgang vom strafbedrohten Organ auf andere Körperteile, u. zw., wie wir gesehen haben, auf diejenigen, auf deren Seite ein Entgegenkommen (im psychischem Sinne) vorhanden ist. Diese Neubesetzung der Organe geht mit einer Hemmung der normalen Funktion derselben einher. Sie haben da den relativ einfachen Vorgang, in welchem an Stelle der Angst eine Hemmung auftritt. Bei diesem Verschiebungsprozeß kann sich das ursprüngliche Besetzungsorgan, das Genitale selbst, verschieden verhalten. So gibt es Fälle, bei denen die ganze Kastrationsangst, ebenso wie die aus derselben resultierenden Hemmungen, wie auch alle Maßnahmen zur Angstbewältigung vollkommen anderen Organen überlassen werden und das Sexualorgan seine Funktionsfähigkeit durch eine ungestörte Potenz beweist.

In anderen Fällen wiederum betrifft die Hemmung das Sexual-

organ selbst und die neurotischen Konflikte, die aus der Verdrängung genitaler Wünsche resultieren, nehmen diese einfachste Form an: es wird auf die Funktion des Sexualorgans verzichtet. Beschränkt sich der neurotische Prozeß auf diesen Funktionsverzicht, dann treten häufig als Begleiterscheinungen diffuse Störungen des Allgemeinbefindens (Depressionen, Minderwertigkeitsgefühle, leicht flottierende Angst, Arbeitsunlust usw.) auf.

Bei der Bildung von Konversionssymptomen sprechen wir von einer „Genitalisierung der Organe", in der sicheren Erkenntnis, daß die Libido bei der Hysterie in ihrer Entwicklung die genitale Stufe erreicht hat und erst nachträglich verdrängt worden ist. Als Folge dieser Verdrängung können bei der Bildung von Konversionssymptomen regressive Tendenzen in verschiedener Weise zum Ausdruck kommen. Es können z. B. Körperorgane, die in der infantilen Periode normalerweise vorübergehend sogenannten prägenitalen, libidinösen Befriedigungen gedient haben, durch diese Regression wieder in der ursprünglichen Form besetzt werden; gewöhnlich haben sie dann schon vor der genitalen Entwicklung konstitutionell oder konditionell eine übermäßige Besetzung besessen (z. B. etwa die Verstärkung der oralen Besetzung durch zu langes oder zu kurzes Stillen, der analen durch häufige Klysmen usw.).

Auch psychische, traumatisch sich auswirkende Erlebnisse der Kindheit pflegen bei der Wahl der Organe eine große Rolle zu spielen. Bei unserem Patienten hatte z. B. die Geburt einer Schwester, die Eifersucht auf die Neugeborene, sowie die Identifizierung mit ihr eine wichtige Bedeutung.

Bei einem 15-jährigen Mädchen, auf deren analytische Krankengeschichte ich im Folgenden noch einmal zurückkommen werde, können wir diese Bedeutung des traumatischen, provozierenden Erlebnisses gut erkennen.

Die Neurose war bei ihr in der Pubertät, mit großen Anfällen und Dämmerzuständen ausgebrochen. Diesen Symptomen ging eine Phase voraus, in der sie Schwierigkeiten in der Nahrungsaufnahme hatte, so daß sie körperlich bedrohlich verfiel.

Das ganze Leiden fing mit einer schweren Angina an, die die Patientin — aus Gründen der Pflege und Überwachung — nötigte, nicht nur in das Zimmer der Mutter zu übersiedeln, sondern auch im selben Bett mit ihr zu schlafen. Diese Situation, wahrscheinlich auch die Abgeschlossenheit der Kranken vom realen Leben und die daraus resultierende Neigung zu Introversion und Steigerung der Phantasietätigkeit, hatten die bis dahin latente Neurose mobilisiert.

Die Wiederbelebung der infantilen Reaktionen kam hier, wie wir gleich sehen werden, durch die Analogie der aktuellen Situation mit einer ähnlichen, sichtlich nicht restlos bewältigten Situation der Vergangenheit zustande. Diese Wiederbelebung ist uns bei dem jungen Mädchen umso verständlicher, als sich die Patientin zur Zeit der organischen Erkrankung in der Frühpubertät befand und wir aus Erfahrung wissen, daß diese Lebensperiode auch normalerweise mit solchen Auffrischungen infantiler Züge vor sich geht. Das infantile, traumatisch nachwirkende Erlebnis bestand bei ihr (ähnlich wie bei unserem ersten Patienten) in der Geburt eines Schwesterchens und zwar in ihrem sechsten Lebensjahr. Bis dahin hatte unsere Kleine mit der Mutter in einem Bette geschlafen. Jetzt mußte sie dem kleinen Eindringling den Platz räumen. Eine heftige Eifersucht auf die intime, orale Beziehung zwischen dem Säugling und der ihn stillenden Mutter, ein „oraler Neid" hatte sie damals gepackt. Das ging aus vielen Kindheitserinnerungen hervor, die sie aus jener Zeit brachte, und die alle irgendwie mit Nahrung und Ernährung zusammenhingen. So hatte sie z. B. zur Zeit der größten Kriegsnot — die Familie lebte im Kriegsgebiete — ihrer Mutter Nahrungsmittel aus der Verwahrung gestohlen und diese an vollkommen fremde Menschen verschenkt.

Ihre erste neurotische Störung (in Verbindung mit der Angina) eine erschwerte Nahrungsaufnahme, war noch als einfache Hemmung zu bezeichnen. Sichtlich handelte es sich dabei um die Verdrängung eines wiederbelebten oralen Wunsches. Die Patientin verweigerte die Nahrungsaufnahme mit der bloßen Begründung „ich kann nicht

essen". Es blieb aber nicht bei der einfachen Hemmung. Neben dem „sekundären Krankheitsgewinn", der ihr durch die gesteigerte, zärtliche Fürsorge der Umgebung zufiel, erreichte sie doch auf Umwegen die Befriedigung, auf die sie scheinbar bei der Nahrungsverweigerung verzichtete, da man sich in ihrer Krankheit liebevoll um ihre Nahrungsaufnahme kümmerte, die Mutter ihr besondere Speisen zubereitete usw. Mit besonderem Ekel verweigerte sie charakteristischerweise jede Milchaufnahme. Die vom Arzte verordneten Arzneien wollte sie dagegen nur in Milch einnehmen. Milch war aber n a c h dem Essen durch ein religiöses Ritual, welches durch die Familie der Patientin peinlich eingehalten wurde, strengstens verboten. Nur dem Kranken war es — nach der Bibel — erlaubt. Sie durfte also triumphierend als einzige in der Familie, die „durch die Väter verbotene Milch" genießen.

Wohl war die Eßstörung aus der Wiederbelebung des infantilen Neides auf die kleine Schwester entstanden, sie zog aber auch andere seelische Konflikte des Mädchens an sich. Vor allem spielte, wie wir später sehen werden, dabei die Rache gegen den Vater eine wesentliche Rolle, der ihr ebenso, wie die kleine Schwester, den Platz neben der Mutter streitig gemacht hatte.

Bei dieser Patientin können wir bisher erkennen, wie eine gehemmte, unterlassene Aktion in anderer Weise zur Befriedigung gelangt. Es ist so, als führten die unbewußten Tendenzen die verbietenden Mächte durch die Verzichtleistung, also durch das Unterlassen der direkten Befriedigung, irre, indem sie sich diese erst auf Umwegen verschaffen. Typisch jedoch für die hysterischen Konversionssymptome ist, daß sie g l e i c h z e i t i g den verbietenden und den nach Befriedigung strebenden Tendenzen zu dienen pflegen. Bei unserem früheren Patienten z. B. haben wir gesehen, wie seine Aphonie aus einem Verbote, aus einer Unterdrückung der Aggression hervorging, gleichzeitig aber auch libidinöse Forderungen erfüllte. In seiner Freßlust setzte sich die orale Aggression direkt durch, aber unter dem Vorwande, daß es sich nur um eine gesteigerte Befriedigung der Ichfunktion, nämlich des Hungers handle.

Der Vergleich mit anderen Neurosenformen wird uns noch zeigen, daß die Konversionshysterie die noch am besten gelungene neurotische Konfliktlösung darstellt, besonders wenn es sich um Symptome handelt, die chronisch geworden sind und dadurch die Möglichkeit geschaffen haben, daß sich die realen Lebensumstände, ebenso wie das Ich des Patienten, an diesen veränderten körperlichen Zustand adaptieren konnten. Der „sekundäre Krankheitsgewinn" und die „Flucht in die Krankheit" werden bei der Konversionshysterie am besten und am zweckmäßigsten ausgenützt. Besonders dem ersteren kommt der Respekt, den die Umgebung des Kranken seinen körperlichen Leiden entgegenbringt, im Gegensatz zum Mißtrauen und der Verständnislosigkeit, mit der sie seinen psychischen Symptomen gegenübersteht, zugute. Sogar der Kranke selbst hat oft eine bessere Krankheitseinsicht gegenüber seinen körperlichen Veränderungen. Wie häufig sehen wir, daß ein Zwangsneurotiker sich selbst nur als „merkwürdigen Menschen" betrachtet und ein Angstleidender seine Angst immer zu rationalisieren versucht. Bei einem so glaubwürdigen und sichtbaren Leidenssymptom wie dem der Konversion kann sich der Neurotiker allen jenen Lebensaufgaben, die ihm nicht passen, entziehen.

Was dem Konversionssymptom als vollkommen gelungene Leistung gebucht werden kann, ist die Tatsache, daß es zu *Angstfreiheit* führt. Der Affekt des seelischen Konfliktes wird bei dieser Symptombildung vollkommen und in gelungener Weise verdrängt, bezw. konvertiert. Der dazugehörige Vorstellungsinhalt erklärt, wie wir gesehen haben, die Wahl der Organe und das ganze formelle Arrangement.

Bei manchen Symptomen können wir leicht erkennen, welcher Affekt konvertiert wurde, z. B. Ekel beim Erbrechen, Scham beim Erröten, Wut bei einer Hemmung (wie die Aphonie bei unserem Patienten); ebenso bei Symptomen, die die Rolle des Befreiers von der Angst übernommen haben, d. h. eine direkte Konversion des Angstaffektes darstellen.

Da wir aber wissen, daß *jeder unterdrückte Affekt*

das Schicksal der Verwandlung in Angst haben kann, — insoferne er den Charakter einer Gefahr für das Ich besitzt, — bedeutet somit seine Überführung aus dem Psychischen ins Physische letzten Endes eine Befreiung von dem drohenden Angsterlebnis.

Ein Vorgang, den wir sehr häufig in der Analyse beobachten können, entspricht der Umkehrung dieses Prozesses: Auftreten der Angst beim Versuch des Verzichtes auf die Konversion.

Vielleicht können wir uns diesen Prozeß an einem banalen Vergleich deutlicher machen: Nehmen wir an, in einem Zimmer befinde sich eingesperrt hinter einer mit einem Riegel verschlossenen Türe ein Einbrecher, dem wir zum Zwecke des Vergleiches die Rolle der abgewehrten Triebregung zuteilen. Die von ihm drohende Gefahr für das im Nebenzimmer wohnende Ich — vergleichen wir es mit einem jungen Mädchen — ist ähnlich der, die das Mädchen in ihrer Einbrecherangst für sich befürchten würde. Wir wissen aus unseren Analysen, wie typisch bei Mädchen die Angst vor Einbrechern ist. Sie entspricht der inneren Triebgefahr; der Einbrecher ist nur derjenige, der in dieser Verkleidung die unbewußten erotischen Wünsche des Mädchens erfüllen soll. Solange die Türe fest geschlossen ist, bleibt das Ich angstfrei. Wenn wir an Stelle des Zimmers, in dem die Gefahr der direkten Wunscherfüllung eingesperrt ist, das Konversionssymptom setzen, so verstehen wir auch, daß beim Versagen seiner Aufgabe — d. h. beim Nachlassen des schützenden Riegels, der in unserem Vergleich mit der Leistung des Symptoms identisch ist — die Gefahr für das Ich größer wird und daß das Ich auf die Gefahr mit Angst reagieren muß. Diese Gefahr aber — und das ist das Wichtigste in unserem Vergleich — droht von zwei Seiten: ebenso vom Einbrecher (Vergewaltiger), wie von den Mächten, die dem Ich eine Erfüllung des gefährlichen Wunsches verbieten. Spinnen wir den Vergleich weiter und lassen wir ein anderes Nebenzimmer den Wohnraum der Eltern sein, die streng über die Moral ihrer Tochter wachen und die Beziehung zum Einbrecher (Vergewaltiger) streng verurteilen, so wer-

den wir verstehen, warum beim Nachlassen des Riegels, beim Mißlingen eines angstbahnenden Symptoms das Ich in eine Gefahr von zwei Seiten gelangt, d. h. ebenso bedroht wird von der Wunschregung (Einbrecher), wie auch von der Über-Ich-Autorität (Eltern).

Dieser Vergleich gibt uns Anlaß zu folgender Überlegung: Hätte das Mädchen vor der Erfüllung ihrer Triebwünsche, vor dem „Einbrecher“, Angst, wenn sie nicht von der Nähe ihrer verbietenden Eltern wüßte? Wir nehmen an, daß es nicht der Fall wäre, und ziehen aus dieser Annahme den Schluß, daß die Angst vor der libidinösen Gefahr erst dann zustande kommt, wenn sich in der Außenwelt oder im Innenleben eine Macht regt, welche gegen die libidinösen Wünsche einen Protest erhebt. Diese Angst gilt also nicht so sehr der Triebforderung, wie den Konsequenzen, die sich aus ihrer direkten Befriedigung ergeben könnten. Das Ich — in unserem Vergleiche das junge Mädchen — bekommt Angst vor einer Instanz, die die Rolle der Eltern übernommen hat, verzichtet deshalb auf die Triebbefriedigung, verurteilt die libidinösen Wünsche als „böse Einbrecher“ und schließt sie entweder durch Verdrängung im Unbewußten ab, oder geht, wo dies nicht gelingt, zu Kompromissen über, die dann in Symptomen ihren Ausdruck finden. Wenn wir uns diese Angst vor den Eltern in das Innenleben verlegt vorstellen, so gilt diese Angst, die zur Verdrängung bezw. zur Symptombildung führt, der inneren Repräsentanz der verbietenden Mächte, dem Ü b e r - I c h.

Sie haben gesehen, daß die Symptombildungen nicht nur Ersatzbefriedigungen darstellen, sondern daß sie auch deutlich den unbewußten Einfluß dieser Instanz (Über-Ich) verraten. Es gelingt nie durch Verzicht auf die direkte Befriedigung das Über-Ich zu versöhnen, etwa wie nachsichtige Eltern. Das Über-Ich ertappt die verkappte Triebäußerung auch, wenn sie sich in der verkleideten Form einer Ersatzbefriedigung durchsetzt, und hängt ihr gewissermaßen einen Strafzettel an. Deshalb erkennen wir in den meisten Symptomen neben der verhüllten Befriedigung auch eine ebenso verhüllte Zurückweisung, bezw. Bestrafung. Besonders klar konnten wir dies

beim Symptom der Enuresis unseres Patienten sehen. Hier hatte sicher die strafende Wirkung des Über-Ichs dazu geführt, daß die sadistischen Triebtendenzen in masochistische verwandelt wurden, wodurch die libidinöse Wunscherfüllung den Forderungen des Über-Ichs gerecht werden konnte. Alexander ist sogar der Ansicht, daß die Triebbefriedigung im Symptom erst zustande kommen kann, wenn das Über-Ich durch das Leiden bestochen worden ist, eine Anschauung, die in vielen Fällen stimmen mag, aber doch keine Allgemeingültigkeit besitzt.

In direkter, analytischer Beobachtung kann man jedenfalls eindeutig feststellen: je sadistischer die verdrängte Triebtendenz, umso strenger das Über-Ich, umso stärker das Schuldgefühl und umso maßgebender die Straftendenzen bei der Bildung der Symptome.

Diese „Aggression gegen Aggression" werden wir im Laufe unserer Besprechungen besonders bei den Neurosenformen beobachten können, bei denen die Regression der Libido zu jener Stufe erfolgte, in der ihre Tendenzen noch sehr sadistisch sind und die Beziehungen zum Objekte sehr ambivalent.

Die Konversionshysterie vermag in ihren Symptomen triebbefriedigende Elemente gegen die strafenden durchzusetzen, weil eben die verdrängte Triebstrebung auf der genitalen Entwicklungsstufe liegt, auf der die sadistische Komponente am schwächsten, der Ambivalenzkonflikt am geringsten ist. Damit soll nicht gesagt werden, daß nicht auch bei der Hysterie das Schuldgefühl zur Auswirkung kommt und seine Befriedigung sucht und findet. Sie konnten aber bei den besprochenen Fällen erkennen, daß die Reaktionen des Schuldgefühls stets genau so verdrängt und unbewußt bleiben wie die libidinösen Ansprüche (im Gegensatz zu anderen Neurosenformen, wie etwa zur Zwangsneurose).

Ich möchte Ihnen nun aus der Krankengeschichte des 15jährigen Mädchens, das ich vorhin bei der Besprechung oraler Störungen erwähnte, noch berichten, daß ihre Neurose nicht bei einzelnen Konversionssymptomen stehen blieb.

Das Phantasieleben des bereits sexuell reifen Mädchens kam zur

Zeit seiner fieberhaften Erkrankung zu einer besonderen Blüte, ohne daß der durch die Introversion verstärkten Affektivität eine genügende direkte oder indirekte Abfuhrmöglichkeit gegeben war.

Man müßte hier eigentlich sämtliche normalen Einstellungen der Pubertät anführen, um zu zeigen, daß alle Krankheitssymptome unserer Patientin nur Verzerrungen dieser Pubertätsvorgänge waren, nur Verschiebungen der inneren Kräfteverhältnisse, im Sinne einer Steigerung der Triebansprüche, mit gleichzeitiger Zunahme von Hemmungen, die auch in der normalen Pubertät vorhanden sind. Wir wissen, welche regressiven Kräfte in der Richtung zum Infantilen in der Pubertät zur Auswirkung kommen; d. h. je mehr der Pubertät der Weg zu Sublimierungen und normalen Ersatzbefriedigungen abgesperrt wird, desto mehr muß sich die Neigung zur Wiederbelebung des „Infantilen" steigern.

Ich will hier nicht auf den Wert von eventuell früheinsetzenden Sexualbefriedigungen der Jugend in der Pubertät eingehen. Er erscheint mir sehr problematisch, und ich habe das Ausbrechen schwerster, neurotischer Konflikte bei Jugendlichen gesehen, bei denen die reale, sexuelle Befriedigung als Verhüterin der „Wiederbelebung" von Infantilem vollkommen versagte. Im Gegenteil, die sexuelle Freiheit, bezw. ihre Verwendung verstärkte in diesen Fällen die Neigung zur Wiederholung der unerledigten, infantilen Konflikte und stellte die realen Erlebnisse gänzlich unter das Zeichen des Vergangenen. Vielleicht ist nach dem Einsetzen der sexuellen Reife eine innere Kampfphase notwendig, um dann die psychische Verarbeitung der realen Befriedigung zu ermöglichen. Man muß scheinbar für die Zielerreichung genau so gewaffnet sein wie gegen die Versagung, im Sinne der Erledigung der infantilen Schwierigkeiten.

Unsere kleine Patientin stammte allerdings aus einem Milieu, in dem die reale Befriedigung so viel an bewußten Schuldgefühlen ihrer Umgebung gegenüber hervorgerufen hätte, daß deren Erledigung an ihr psychisches Gleichgewicht vielleicht ebenso schwere Forderungen gestellt hätte, wie die Abwehr der Triebansprüche.

Das früher lebhafte und am Leben aktiv teilnehmende Mädchen konnte nach der Fieberkrankheit lange Zeit hindurch keinen neuerlichen Kontakt mit dem realen Leben bekommen. Auf jeden Versuch sich am Früheren wieder zu erfreuen, reagierte sie mit einer Depression und mit einer Erregung, die dann allmählich zu typischen, hysterischen Krampfanfällen führte. Was ihr in der Analyse am raschesten klar geworden ist und, wie sie sich sehr bald eingestehen mußte, ihr auch vorher nicht ganz verborgen sein konnte, war, daß in ihr eine heftige *Wut* steckte, die sie unterdrückte, bis schließlich die Unfähigkeit ihrer Beherrschung die motorische Entladung des Anfalles provozierte.

Ihre Erkrankung nahm allmählich eine jener Formen von *großen Hysterien mit Anfällen* an, die man nicht häufig in der analytischen Praxis zu sehen bekommt und die jetzt auch in den Kliniken und Anstalten immer seltener zu werden scheinen. Als organische Krankheiten imponierende Symptome und sogenannte „Charakterneurosen" erfreuen sich sichtlich einer größeren Beliebtheit in der Neurosenwahl. Große Anfälle, Dämmerzustände, Absencen usw. werden jetzt für Weltanschauungen, telepathische Phänomene und spiritistische Materialisationen verwendet und dies vermindert scheinbar den Wunsch der Patienten behandelt oder gar von ihren Leiden befreit zu werden.

Für die Vorgänge während der Anfälle bestand bei dem Mädchen immer eine volle Amnesie; wir, d. h. die Patientin und ich, waren daher auf die Mitteilungen der Umgebung angewiesen. Während der Behandlung war die Patientin fern von ihrem häuslichen Milieu in einem Sanatorium untergebracht; dadurch konnte ich mir aus den Berichten des Anstaltsarztes ein Bild von den jetzigen Anfällen machen. Mein erster Eindruck war, daß die Anfälle Reaktionen auf die harmlosesten Versagungen waren, besonders, wenn die Versagungen von einem bestimmten Arzte der Anstalt ausgingen.

Aus äußeren Gründen mußte die Analyse nach einigen Monaten unterbrochen werden, ohne daß es gelungen wäre, in die letzten

Tiefen der infantilen Erlebnisse einzudringen. Immerhin hatte die Bewußtmachung ihrer Pubertätskonflikte das Mädchen praktisch, wenigstens für die nächste Zeit, gesund gemacht.

Nachdem der Patientin der Sinn der Anfälle als Wutausbrüche voll bewußt worden war, warf sich die Frage auf: gegen wen und warum wütete sie so? Die Patientin war sehr bald bereit zuzugeben, daß sich die Wut gegen den Vater gerichtet habe. Sämtliche Beschuldigungen gegen den Vater und alle Rationalisierungen ihrer Wut nahmen zum Motiv die Vernachlässigung der Familie durch ihn und seine Brutalität gegen die Mutter. Größere Schwierigkeiten machte natürlich die Erkenntnis, daß die „Vernachlässigung" identisch war mit „Liebesversagung" und daß mit dem Worte „Brutalität" die Ansicht der Patientin über den elterlichen Koitus und über die zahlreichen Entbindungen der Mutter zum Ausdruck kam. Sie erinnern sich, daß die Halserkrankung mit einer Wiederbelebung der oralen Sehnsucht nach der Mutter einherging und daß die Analyse zeigen konnte, wie das Mädchen in allen Reaktionen, die der Erkrankung folgten, ein ganz kleines, von der Mutter abhängiges Kind geworden war. Bewußt waren der Patientin: der Haß gegen den Vater und die heiße Liebe zur Mutter. Daß Beides einer Umkehrung der tatsächlich vorhandenen Gefühlsbeziehungen entsprach, entzog sich ihrer Bewußtheit. Diese Umkehrung war eigentlich eine Rückkehr zu früher einmal wirklich vorhandenen Gefühlen, und zwar einer primären, überstarken Liebe zur Mutter und eines wütenden Protestes gegen den störenden Vater. Diese Gefühle unterlagen aber Wandlungen und das endgültige Resultat bestand bereits in Reaktionen auf die normale Ödipuseinstellung.

Übrigens war ein berechtigter Verdacht vorhanden, daß die Kleine in der Kriegszeit wirklich Zeugin von Vergewaltigungen war, die einen realen Kern für die Vergewaltigungsphantasie in ihrer Pubertät bildeten. Jedenfalls war bei ihr die Vorstellung, der sexuelle Akt sei ein Vergewaltigungsakt, in ihren Wünschen und in ihrer Abwehr besonders vorherrschend.

Daß die Krampfanfälle ihr zur motorischen Entladung eines

Wutanfalles verhalfen, war nicht schwer nachzuweisen; daß sie einen Koitus sowie dessen Abwehr, wie auch eine Dramatisierung des Entbindungsaktes darstellten, konnte man analytisch erfahren. Der Wutaffekt und diese Wunschphantasien hingen zusammen mit dem affektiven Protest: nicht die Mutter, sondern sie selbst soll vom Vater vergewaltigt werden und ein Kind gebären.

Was die Patientin in ihren Anfällen agierte, war nur die Intensivierung typischer Pubertätsphantasien, war ihre motorische Abfuhr, die dramatische Darstellung.

Dieser Fall könnte leicht die Frage beantworten: welche quantitativen oder qualitativen Momente sind es, die solchen typischen Phantasien den Weg zu einer motorischen Dramatisierung ebnen? Hier war unverkennbar eine schwere, wütende Aggression gegen die versagende Umwelt im Spiele, die den Auftakt zur Entladung gab. Diese Aggression wurde in ihrem Drängen nach außen durch andere Energien gebunden, die sich in ihrem Streben nach Erfüllung derselben Mittel bedienen konnten wie der Wutaffekt. Vielleicht ist der hysterische Anfall die beste Demonstration einer solchen Bindung der destruktiven Tendenzen mit libidinösen Strebungen, einer Symbiose, wie sie scheinbar die Hysterie in ihren genitalen Strebungen zum Sexualakt und zur Entbindung am besten zustande bringt. Ist doch der Koitus die beste Unterbringung der Aggression von Seiten des Mannes und der masochistischen Einstellung beim Weibe, und die Entbindung, ein Kampf zwischen Leben und Tod, eine Orgie der Destruktionen zu Gunsten des neuen Lebens. Wer die analytische Einsicht in die seelischen Vorgänge des Weibes bei ihren Fortpflanzungsfunktionen bekommen hat, weiß von diesen Paradoxa des Daseins.

Bei unserer Patientin sah man deutlich, wie das Zusammentreffen der Wutentladung und der Triebansprüche in einem Akte zustande kam. Beide waren verschiedene Ausdrucksformen eines libidinösen, auf den Vater gerichteten Wunsches: die Wut als Reaktion auf die Versagung, die sexuelle Entladung als Folge ubw. Phantasien, beides im neurotischen Anfall enthalten.

Die Dämmerzustände erwiesen sich als Bestätigungen dieser Rekonstruktion des hysterischen Anfalles. Sie waren bereits besser organisierte, in Bestandteile zerlegte, in geordnete Handlungen geformte Darstellungen derselben Gefühle und Wünsche, die in den Anfällen zur Entladung und Befriedigung kamen.

Diese Zustände dauerten tagelang, manchmal wochenlang und hinterließen eine volle Amnesie. Die Amnesie konnte zum Teil behoben werden, zum Teil schloß sich die analytische Verarbeitung dem Material an, das von der die Patientin beobachtenden Umgebung geliefert wurde.

In drei Formen spielten sich die Dämmerzustände ab:

In wütenden Szenen mit halluzinierten, bezw. illusionierten Personen, mit Schlagen, Schreien, sich am Boden bis zur Erschöpfung wälzen usw.

Oder es waren Aufführungen von Tanzszenen, Deklamationen, Gesängen, alles vor einem halluzinierten Publikum.

Im dritten Typus weinte und klagte sie bitter, litt sichtlich unter Reue, bat um Verzeihung.

Interessant ist, daß sie nach Aussage ihres Bruders in diesen Zuständen Dinge vorbrachte, die sie im Normalen nicht kannte. So z. B. sprach sie eine Sprache, die sie von ihrer Kinderfrau einmal erlernt, aber längst vergessen hatte. In der Analyse der Dämmerzustände wurde es klar, daß sie Situationen in diesen erlebte, die sich in jener vergangenen Zeit abgespielt hatten und daß mit der Wiederbelebung jener Situationen auch die bereits verwischten Spuren der sprachlichen Kenntnisse mit aufgefrischt wurden.

Die in der Realität meist fremden und gleichgültigen Personen, die in den Absencen halluziniert wurden, waren, wie es sich herausstellte, in einer assoziativen Verbindung mit bestimmten Personen, gegen die sich diese Affekte richteten. Die analytische Deutung einzelner Szenen ließ diese als Deckerinnerungen erkennen und entlarvte die theatralischen Aufführungen als Realisierungen der Phantasien, in denen die Patientin sich als zukünftige Tänzerin, Schauspielerin, Liebeskünstlerin gesehen hatte. Das Auditorium, so zahl-

reich es auch war, reduzierte sich allmählich auf e i n e n Mann, in dem wir schließlich den V a t e r agnoszieren konnten. Diese Phantasien bildeten auch eines der Hindernisse in ihrem Schulunterricht. Die langen Dämmerzustände hatten nämlich auch die Aufgabe, sie vom Studium abzuhalten und die Erfüllung des bewußten und vom Vater genehmigten Wunsches, nach der Matura in eine Universitätsstadt zu ziehen, zu verhindern. Dieser Umstand brachte sie zur Verzweiflung und die Patientin sah darin das größte Unglück ihres Leidens. Hinter dem „Studium" verbarg sich aber die Phantasie von der „Freiheit", von narzißtischen Befriedigungen einer Kino-Diva, von Anbetern und Liebhabern, kurz von einer Lebensform im vollsten Gegensatze zu ihrem Familienmilieu, eine Ausschmückung der „Dirnenphantasie", die doch schließlich auf langen Umwegen einem einzigen Manne zustrebte, dem Vater.

Die Dämmerzustände sollten die Erfüllung dieser Wünsche durch Abhaltung vom Studium verhindern. Sie brachten ihr aber doch verhüllte Befriedigungen, nicht nur dieser Wünsche, sondern auch vieler anderer.

Im letzten Typus der Anfälle erkannte sie S e l b s t b e s t r a f u n g e n, wie überhaupt auch ein großer Teil ihrer Wachphantasien gleichzeitig Aggressionen gegen die anderen und gegen sich selbst enthielt. So z. B. reagierte sie während der Analyse auf die schriftliche Erlaubnis der Mutter einen Bergausflug unternehmen zu dürfen, mit größter Empörung und mit dem Vorwurf, man gehe mit ihr so unvorsichtig um. Statt der Freude an der Natur gab sie sich auf diesem Ausflug der Phantasie hin, sie falle vom Berge herunter und liege unten mit zerschmetterten Gliedern. Welch ein Rachegenuß an der Mutter und welche Selbstbestrafung in der Zerschmetterung!

Unter dem Schutze der Bewußtlosigkeit konnte sie ebenso ihren Aggressionen, wie auch ihren libidinösen Wünschen eine sonst verbotene Erfüllung verschaffen, denn es war doch nicht sie selbst, die es erlebte, da sie die Feststellung der Identität verweigerte und sich von der „Anderen" durch Amnesie abspaltete.

Wenn die Konversionshysterie ihre Konflikte am Schauplatz der

eigenen Körperlichkeit abspielen läßt und so ein Kompromiß zwischen den erfüllenden und den verbietenden Tendenzen im Symptom zu schließen vermag, wenn die Anfallshysterie die libidinösen und die destruktiven Strömungen in grandioser Weise in einem Akte zur Abfuhr bringt, so dienen die Dämmerzustände ebenso den Triebansprüchen wie den Forderungen des Gewissens in der Maskerade von Deckaktionen und unter dem Schutze der Bewußtseinstrübung und der nachfolgenden Amnesie.

ZWEITER TEIL

PHOBIE

SECHSTE VORLESUNG

Angstzustände

Diffuse Angst — Ein Fall von Katzenphobie

Die hysterischen Neurosen, über die wir bis jetzt gesprochen haben, zeichneten sich durch ihre Angstfreiheit aus und ich versuchte Ihnen zu zeigen, welchen Kräften dieses Gelingen der Angstbindung zu verdanken war. Einmal war es der Verzicht auf den unbewußten Triebanspruch, der die Angstfreiheit gewährleistete (Hemmungszustände), das anderemal war es ein günstiges Kompromiß zwischen den gewährenden und den verbietenden Tendenzen, das im Konversionssymptom zum Ausdruck kam. Ein anderesmal wieder erkannten wir in den Symptomen direkte Bestrafungsakte, die durch die vollzogene Strafe der Angst eine ihrer inneren Motivierungen vorwegnahmen (solche Bestrafungen waren z. B. die Krebssymptome unseres Patienten nach dem Tode der Mutter).

Wir wollen jetzt unsere Aufmerksamkeit einem Fall zuwenden, bei dem die Angst ungebunden das Krankheitsbild beherrscht. Die Patientin, von der ich jetzt sprechen will, ist für uns aus zwei Gründen besonders lehrreich. Einerseits ist sie von Angstgefühlen überwältigt, die wesentlich noch diffus, an keine bestimmten Vorstellungsinhalte geknüpft sind und sich nicht durch phobische

Vorsichtsmaßnahmen bändigen lassen. Andererseits aber bekommt auch ihre Angst zum Teil einen mehr determinierten Charakter, d. h. sie verstärkt sich unter bestimmten Bedingungen, die als Gefahr empfunden und zum Zwecke der Angstersparnis vermieden werden müssen. Dieser Teil der Ängste bedient sich eines Mechanismus, den wir den phobischen nennen und der schützende Maßnahmen schafft, deren Befolgung die Angstfreiheit bewirkt. Wir werden aus der Geschichte der Patientin bald hören, wie die Entstehung dieser phobischen Schutzvorrichtung vor sich ging und vor allem, aus welchen Motiven die bis zu einem gewissen Momente praktisch gesunde Patientin an Angstzuständen erkrankte.

Ich möchte Sie an das junge Mädchen erinnern, deren symptomfreie Hysterie wir „Schicksalsneurose" genannt haben. Sie wissen, daß der Lebenslauf jener „gesunden Kranken" dadurch einen bestimmten Charakter angenommen hat, daß die zwanghafte Wiederholungstendenz der unerledigten Kindheitskonflikte immer tragischere Verwicklungen und Enttäuschungen mit sich brachte. Auch diese Patientin, von der wir jetzt sprechen wollen, war eine „Schicksalsneurotikerin", denn auch in ihrem Leben kam es immer wieder zum zwangsartigen Wiederholen bestimmter Situationen. Auch sie hatte in der Art ihrer Lebensschicksale nichts Krankhaftes, Abnormes gesehen. Ihre bewußte Einstellung zum Leben war sogar hier — im Gegensatz zu der früheren Patientin — ein vollkommenes Einverständnis mit dieser Schicksalsgestaltung. Die Patientin fühlte sich weder benachteiligt, noch von irgendwelchen fatalistischen Mächten verfolgt und wünschte gar nichts an ihrem Leben zu ändern. Die Analyse suchte sie vielmehr wegen Angstzuständen auf, die in den letzten Jahren aufgetreten waren. Sie hatte fast ständig ein ängstliches Beklemmungsgefühl; neben dieser diffusen Angst traten allmählich mehr umschriebene Ängste auf, z. B. Höhenangst, Schiffsangst, Katzenangst. Diese Ängste waren eigentlich nur Verstärkungen eines ständigen Angstzustandes, wenn auch die als letztes Symptom aufgetretene Katzenangst bereits den Charakter einer Tierphobie angenommen hatte.

Die Patientin hatte bis zu ihrer Verheiratung, im zwanzigsten Lebensjahr, an keinerlei Symptomen gelitten. Ihre Ehe war nicht gerade unglücklich und nur die Kinderlosigkeit dieses Bündnisses gab ihr Anlaß zu Depressionen. Nach dreijähriger Ehe starb der Mann. Die Patientin teilte von nun an die Wohnung mit einer verheirateten Freundin und suchte in ihrem Berufe (sie war Chemikerin) und in sublimierten Beziehungen zu Frauen Trost in ihrer Einsamkeit. In den letzten Jahren lebte sie in einer *„ménage à trois“*, in einer Ehe zu dritt, d. h. sie hatte ein Verhältnis mit dem Manne dieser Freundin. Die Vorgeschichte dieses Dreiecks war die, daß unsere Patientin zuerst in herzlicher, aber in keiner Weise bewußt sexueller Bindung zur Freundin stand. Die Intimität der Freundschaft brachte es mit sich, daß die Freundin sich mit der Patientin über die für sie und ihren Mann unbefriedigende Ehe aussprach. Diese Freundin arrangierte selbst bewußt und aktiv die Situation so, daß zwischen der Patientin und dem Manne sexuelle Beziehungen entstanden. Zeitweise spielten sich die sexuellen Beziehungen zu dritt ab und hatten bei allen drei Teilnehmern einen unverhüllt exhibitionistischen Charakter. Von den zwei Frauen hatte abwechselnd eine die aktive Rolle der Erlebenden und die Andere die passive der Zuschauenden. Es kam nie zu homosexuellen Beziehungen, auch wurde die Harmonie des Dreiecks angeblich nie durch Eifersucht getrübt.

Wenn ich eingangs sagte, das Leben der Patientin sei im Sinne der Schicksalsneurose aufzufassen, so geschah es in Hinblick auf den Umstand, daß das ganze psychische Leben der Patientin, von der ersten Kindheit an bis zu den Liebesbeziehungen der späteren Jahre, gesetzmäßig in einer solchen Dreieckkonstellation verlief. Im letzten Erlebnis wurde erst diese Liebesbedingung „im Dreieck“, man könnte sagen, real. Bis dahin waren es immer platonische Freundschaften, in denen ein Freund der Anderen auch zum Freunde der Patientin wurde.

Aus dem analytischen Erinnerungsmaterial der Patientin sei erwähnt, daß sie einmal als dreijähriges Kind von der Mutter aus

dem Bett geholt wurde, weil dieselbe von Angst um den abwesenden Vater gequält war. Sie sieht noch das ängstliche Gesicht der Mutter vor sich, und erinnert sich, wie sie beide eng umschlungen im Bette liegen und auf den Vater warten. Auf meinen Hinweis in der Analyse, es sei doch etwas sonderbar, daß die Mutter ihr kleines Kind zum Schutze vor der eigenen Angst aus dem Schlafe geweckt haben sollte und auf die Vermutung hin, daß die Situation sich eher umgekehrt abgespielt haben dürfte und zwar so, daß sie als kleines Mädchen selbst in Sehnsucht auf den Vater gewartet und Hilfe in ihren Ängsten bei der Mutter gesucht habe, wurde es der Patientin allmählich klar, daß schon damals im Schlafzimmer der Eltern die Grundlage zum späteren Liebesdreieck gelegt wurde. Sehr frühzeitig schon suchte die Patientin vor der überstarken Liebe zum Vater zu fliehen und fand Hilfe vor diesem Gefühle bei der Mutter, an der sie von nun an zeitlebens in überkompensierter Liebe hing. Als sie vier Jahre alt war, gebar die Mutter ein kleines Mädchen. Aus diesem Anlaß bekam die Patientin, wie sie sich dunkel erinnert, ein Geschenk vom Vater. Was es war, kann sie sich aber nicht erinnern, nur, daß sie damit nicht zufrieden und darum auf den Vater sehr böse war. Diese Erinnerung war in ihrer Unverhülltheit beinahe naiv, denn die symbolische Bedeutung Geschenk = Kind ist ein sehr geläufiges, dem Analytiker gut bekanntes Gleichnis. Sie war unzufrieden, daß die Mutter und nicht sie das Kind vom Vater bekommen hatte.

Aus diesem Trauma entwickelten sich in der Kleinen starke aggressive Reaktionen gegen die Mutter und das Neugeborene.

Im übrigen sind dies typische seelische Situationen, aus denen die meisten Mädchen zeitlebens die schwersten Schuldgefühle davontragen. Genau so gewaltig wie die aktive Kastration und der Todeswunsch gegen den Vater als Rivalen im kleinen Jungen entsteht und zum schwerwiegendsten Zentrum seiner Schuldgefühle wird, richtet sich der Todeswunsch des kleinen Mädchens vor allem gegen die schwangere Mutter und das neugeborene Kind. Ebenso wie der kleine Junge unter dem Drucke dieses Schuldgefühls selbst in Kastra-

tionsangst lebt oder diese in irgend einer Form in der Selbstbestrafung vollzieht (vgl. die Enuresis unseres ersten Patienten), verurteilt sich das Mädchen oft zeitlebens zu einer — psychisch bedingten — Kinderlosigkeit oder zu Todesängsten während der Schwangerschaft und zu allen möglichen Verzichtleistungen in der eigenen Mutterschaft. Manchmal bleibt der ursprüngliche, eigene Kinderwunsch an das Kind der „anderen Frau" gebunden, wird dort befriedigt, d. h. es wird auf das selbstzugebärende Kind verzichtet und die Sehnsucht nach dem Kinde „der Anderen" kommt dann in verschiedenen Formen zum Vorschein. So wird manche zur Lehrerin, Kindergärtnerin, zur liebevollen Tante, die immer im Zentrum eines Familienkreises steht, in dem sie ein Kind aufzieht, um von diesem der eigenen Mutter vorgezogen zu werden. Manchmal sind es zärtliche Beziehungen zu einer Freundin, die es mit sich bringen, daß ein Kind dieser von der Ersatz-Mutter in besondere Obhut genommen wird. Oft wird nachträglich auf solche Situationen, in denen das weibliche Wesen aus altem Schuldgefühl auf das eigene Kind verzichtet hatte, um dann d o c h der anderen Frau das Kind wegzunehmen, mit schwersten Schuldgefühlen reagiert. Es muß dann auch auf das geliebte Kind der Anderen selbstquälerisch, masochistisch verzichtet werden.

Diese erste D r e i e c k k o n s t e l l a t i o n, in der unsere Patientin auf den Vater wartete, um dann an die Mutter in überkompensierender Liebe gebunden zu bleiben, wurde schon in der Kindheit der Patientin von einer gleichartigen Liebesgruppierung abgelöst. Dieses zweite Dreieck entstand einige Jahre später zwischen ihrem älteren Bruder, ihr und der kleinen Schwester. Mit größter Eifersucht verfolgte sie jede zärtliche Beziehung des Bruders zur kleineren Schwester und suchte jene zu stören. Das hinderte sie nicht, sich mit der Schwester — wahlverwandt durch den Penisneid auf das andere Geschlecht — gegen den Bruder zu verbünden. Die Analyse konnte eine Menge Erinnerungen zutage fördern, die sich auf solche gegen den Bruder gerichtete gemeinsame Phantasien der beiden Mädchen, im Sinne des Kastrationswunsches, bezogen.

Eine andere Dreiecksituation war in einer Schlagephantasie der

Patientin recht durchsichtig, die sie viele Jahre behielt. Der Inhalt dieser Phantasie war: Der Bruder wird von einer dritten Person geschlagen und sie schaut in höchster Erregung diesem Schlagen zu. Der Bruder ist nackt; sein Genitale fehlt in dieser Phantasie, als würde er es gar nicht besitzen; dagegen ist der auffälligere Körperteil das Gesäß. Als Deutung dieser Phantasie ergab sich, daß das geschlagene Kind die Patientin selbst ist, die auf diese Weise für die Kastration des Bruders die Strafe erleidet. Die in dieser Phantasie ersichtliche masochistische Lust der Patientin, die sich in der Aggression gegen sich selbst befriedigte, kam zeitlebens in einer selbstquälerischen deutlich masochistischen Charakterbildung zum Ausdruck. Diese Reaktionen des Schuldgefühls waren die Folge jener Mutter-Kind-Mordphantasie und des gegen den Bruder gerichteten Kastrationswunsches.

Unter demselben Zeichen steht die nächste Dreieckbildung, — sie mit noch zwei Schulkameradinnen, — in der immer eine von ihnen von einer anderen für eine böse Tat geschlagen wird, während die jeweilig Dritte dabei zuschaut. Dieses Schlagen mußte sehr häufig wiederholt werden, denn es ging mit vollkommen bewußten, genitalen Lustsensationen einher, für die sich die Patientin dann wieder bestrafen mußte.

Diese „Dreieckbildung" geht aus jener zwanghaften Wiederholungstendenz hervor, die wir als schicksalsbildend bezeichnet haben. Im letzten Erlebnis wird die Patientin von der Freundin in ihr eheliches Schlafzimmer gerufen, wie damals von der Mutter. Nicht sie also drängt sich als Dritte auf, sondern sie wird gerufen. Diesmal war es nicht eine Erinnerungstäuschung wie beim infantilen Erlebnis, aber das Unbewußte der Patientin wußte die Situation so zu arrangieren, daß sie vom Vorwurf, sie habe sich eingedrängt, frei bleiben konnte, obwohl sie selbst diesen Ruf der Freundin provoziert hatte. Im jetzt gebildeten Liebesdreieck wird der Kindheitswunsch erfüllt, eben von jenem Manne geliebt zu werden, der einer anderen Frau gehört. Das Über-Ich, das Gewissen, kann dazu schweigen und wird dabei hintergangen, das Schuldgefühl wird ge-

mildert, weil sie doch diesen Wunsch nur mit einer gleichzeitigen Entsagung erkauft: sie läßt ja den Mann bei seiner rechtmäßigen Frau und erlebt täglich den schmerzlichen Verzicht zu Gunsten der Anderen, deren Mann sie dadurch erst ohne Schuldgefühl mitbesitzen kann.

Vor allem aber gelangte in dieser merkwürdigen Beziehung die tief vergrabene, unbewußte homosexuelle Triebregung zur Befriedigung, die durch ihre zärtliche Ausdrucksform die Dreiecksbildung einleitete und erst auf dem Wege über die Homosexualität die Annäherung an den Mann ermöglichte.

Diese kombinierte Liebesbeziehung erwies sich als besonders entlastend und günstig für die Patientin. Eine ganze Anzahl von ich-feindlichen Strebungen konnte hier bewältigt und befriedigt werden. Sie vermochte so die mörderische Eifersucht, die ihr Seelenleben ausfüllte, zu besänftigen und die Haßgefühle gegen die Rivalin ebenso zu betätigen wie zu überkompensieren.

In dieser Lebensführung war die Patientin durch mehrere Jahre zufrieden und, wie gesagt, praktisch gesund. Allerdings eine gewisse Labilität der Affektlage im Sinne der Angstbereitschaft war bei ihr immer vorhanden. Die große Angsthysterie fing aber erst im Rahmen der Erlebnisse des letzten Dreiecks an.

Die Ehe der Freundin war nämlich nicht kinderlos geblieben. Noch vor dem Einzug der Patientin in das Haus der Freundin waren zwei Söhne und eine Tochter geboren. Für die Patientin war es eine Selbstverständlichkeit, daß nicht sie, sondern die Freundin Kinder bekommen konnte, aus Motiven, die ich im Obigen besprochen habe. Sie war selbst zur Kinderlosigkeit verurteilt, liebte aber herzlich und aufopfernd die Kinder der Anderen. Schon zur Zeit ihrer Beziehung zum Manne der Freundin wurde diese schwanger und gebar ein kleines Töchterchen. Diese Geburt frischte im Seelenleben unserer Patientin alle Reaktionen auf, die sie nach der Geburt ihres kleinen Schwesterchens erlebt hatte. Nicht sie, sondern die Andere hatte „das Geschenk“ bekommen. Alles, was bis dahin in gelungener Verdrängung einerseits, in Reaktionsbildungen und

verkappten Bußehandlungen andererseits, im guten Gleichgewichte gehalten worden war, brach jetzt zusammen. Die aggressiven Tendenzen, die verdrängten Schwangerschaftsphantasien und die überkompensierende, homosexuelle Beziehung zur Freundin, alles bis dahin in gemilderter Form der „Schicksalsneurose" enthalten und befriedigt, bekam jetzt durch diese neuerliche Versagung eine Erschütterung, der das Ich der Patientin nicht mehr gewachsen erschien.

Bald nach der Geburt des Kindes, aber des Zusammenhanges vollkommen unbewußt, fängt die Patientin an, Angstgefühle und Befürchtungen verschiedenen Inhaltes zu haben. Sie nimmt sich des Neugeborenen liebevoll an, hat aber häufig die Angst, daß sie selbst oder jemand anderer das Kleine fallen lassen könnte. Die Harmonie im Hause ist nicht gestört, aber der Zustand der Patientin entwickelt sich immer mehr zu einer Angsthysterie. Zuerst wird sie nur zeitweise von Angstgefühlen überfallen, allmählich werden die Intervalle, in denen sie relativ angstfrei bleibt, immer kleiner. Wie ich schon oben erwähnte, steigert sich dieses ständige Angstgefühl zu unerträglichen Angstanfällen, einmal als sie eine Bergpartie macht, dann bei Schiffahrten und schließlich vor allem beim Anblick von Katzen.

Es würde sehr viel Zeit in Anspruch nehmen, wenn wir alle Determinannten dieser bestimmten Angstbedingungen anführen wollten. Im Zentrum der Höhen- und der Wasserangst stand eine Schwangerschaftsphantasie. Sie erinnern sich, welche Schicksale die ganze Einstellung unserer Patientin zu den weiblichen Fortpflanzungsfunktionen erfahren hatte. Sie mußte auf das Kind verzichten, aber die verdrängte Schwangerschaftsphantasie blieb doch ein ständiges Inventar ihres unbewußten Seelenlebens und bestimmte auch ihren Lebenslauf.

Schon während der Schwangerschaft der Freundin hatte die Patientin Beklemmungen, die sie ihrer besonderen Fürsorge und Ängstlichkeit um die Freundin zuschrieb. Die Geburt des Kindes mobilisierte dann eine ganze Reihe einmal verdrängter Reaktionen. Der sadisti-

sche Impuls, der einmal der Mutter und der neugeborenen Schwester galt, richtete sich jetzt gegen die Freundin und ihr Neugeborenes. Die eigenen Schwangerschaftsphantasien der Patientin, die sich bei ihr in Beklemmungen, Atemnot, Herzklopfen, Schwindelgefühlen, wie in einer echten Gravidität äußerten, brachten es mit sich, daß die Patientin selbst zum Objekt ihrer sadistischen Regungen werden mußte. Diese Umkehrung ist eine Erscheinung sehr allgemeiner Natur und führt oft zu qualvollen Angstzuständen bei schwangeren Frauen. Ich konnte schon häufig beobachten, wie junge Frauen sich gegen eine Konzeption wehrten, oder die Schwangerschaft künstlich unterbrechen ließen, weil sie von einem qualvollen „ahnenden" Gefühl geplagt waren, sie würden sicher bei der Entbindung sterben. Die Analyse solcher Befürchtungen ergibt dann, daß diese Angst aus der Drohung hervorgeht, der infantile Todeswunsch gegen die schwangere Mutter könnte jetzt an dem identifizierten Selbst masochistisch in Erfüllung gehen. Dabei zeigt die Erfahrung, daß diese aggressiven Wünsche des kleinen Mädchens nicht nur einer realen Schwangerschaft der Mutter gelten, sondern daß oft schon der phantasierte Verdacht zur Entstehung solcher Regungen genügt.

Unsere Patientin hatte aber die Schwangerschaft der Mutter real erlebt; jetzt in ihrem vierzigsten Lebensjahr wird diese traumatische Reaktion ihrer Kindheit von neuem intensiv aufgefrischt.

Die Angstgefühle in ihrer phantasierten Schwangerschaft sind Todesängste, sie selbst müßte jenen Tod erleiden, zu dem sie einmal die Mutter in ihren unbewußten Haßregungen verurteilt hatte.

Ich werde im Weiteren über Fälle von Platzangst berichten, in denen die Angst aus der Wendung einer sadistischen Regung gegen das eigene Ich hervorging. Ich möchte aber schon hier erwähnen, daß die Patientin, über die ich jetzt berichte, denselben seelischen Mechanismus zeigte, wie den, auf den ich dann zu sprechen kommen werde. Sie identifizierte sich in ihren Wünschen mit der schwangeren Mutter, bezw. Freundin, und daher bedrohte ihr strenges Über-Ich sie mit jener Form der Strafe, die sie mit ihren eige-

nen sadistischen Wünschen jenen auferlegt hatte. Dieser Teil ihrer Angst galt der Gefahr, die ihr vom Über-Ich drohte und die Intensität der Angst entsprach der Größe ihrer Schuldgefühle. Der Schwangerschaftskonflikt war auch dadurch besonders erhöht, daß die Patientin durch ihr vorgerücktes Alter sich der realen Gefahr näherte, daß der neurotische Verzicht auf das Kind durch biologische Vorgänge zu einem endgültigen würde. War es damals in der Kindheit für sie zu „früh“, so drohte es jetzt zu „spät“ zu werden. Ihre Angstgefühle steigerten sich jetzt besonders zur Zeit der Menstruation; jedoch war sie schon vor dem Ausbruch der Angstzustände in dieser Zeit besonders reizbar und unverträglich. Patientin war sich dabei immer eines unklaren Vorwurfes gegen die Mutter bewußt. Sie meinte nämlich, die Mutter hätte sie nicht genügend über den Vorgang der Menstruation aufgeklärt und dies hätte böse Folgen für sie gehabt. Worin diese bestünden, konnte sie nicht konkret angeben. Erst in der Analyse konnte sie sich überzeugen, daß Menstruation und Geburtsvorgänge in ihrem Unbewußten so enge verknüpft waren, daß dadurch der alte Vorwurf gegen die Mutter wegen der Schwangerschaft jedesmal rege wurde.

Eine andere wichtige Quelle ihrer Angst konnte durch die Art der Übertragung aufgedeckt werden. Patientin kämpfte lange in ihren Widerständen gegen die sehnsuchtsvollen sexuellen Phantasien, die sich auf meine Person bezogen. Bald galt ein großer Teil ihrer Ängste dieser Beziehung zu mir und da sie erkannte, wie sehr ich nun in ihrem Leben die Rolle der Freundin einzunehmen begann, machte sie mir eines Tages den Vorwurf, ob sie denn zu mir gekommen sei „um e i n e Krankheit gegen die a n d e r e zu vertauschen“. War ja die Liebe zu ihrer Freundin seit der Geburt des Kindes wirklich zu einer Art Krankheit geworden. Die zärtliche Pflege, die man dem kleinen Mädchen angedeihen ließ, hatte in ihr dieselben Eifersuchtsregungen wieder belebt wie nach der seinerzeitigen Geburt der kleinen Schwester, die jetzt wie früher gerade zu einer Zeit erfolgte, in der die Liebesforderung an die Mutter, bezw. an die Freundin durch Überkompensierung des aggressiven

Hasses gegen die Rivalin in die Höhe getrieben worden war. Nun standen sich im Unbewußten der Patientin zwei Feinde gegenüber: der aggressive Haß und die überkompensierende Liebe, beide verdrängt und beide angsterzeugend. Je größer in diesem Konflikte die Liebe zu werden versuchte, desto schwerer wurden die Schuldgefühle wegen des aufsteigenden Hasses.

Eine besonders lehrreiche Aufklärung bekam in der Analyse das Symptom der erwähnten Katzenphobie.

Als altes Märchensymbol, in dem die Katze stets Begleiterin und Doublette der bösen Hexe ist, wurde dieses Tier bei der Patientin zur Repräsentantin ihrer eigenen bösen Gefühle gegen das Weib. Ist doch die Hexe selbst, eine Gegenpartnerin der guten Fee, für uns die „böse Mutter" als Trägerin unserer eigenen bösen Einstellung gegen diese, im urmenschlichen Ambivalenzkonflikte. Dieser Rolle verdankt sie ihre Unsterblichkeit als Märchenfigur.

Die Phobie unserer Patientin war ganz im Sinne jener Märchenmotive; die Angst, die sie empfand, galt der großen Gefahr, die ihr selbst von der „bösen Frau" in ihrem Inneren drohte. Diese Gefahr vor der eigenen Gefühlseinstellung lag aber nicht nur in der schuldbelastenden Aggression gegen die Frau, sie war auch durch das Schicksal bedingt, welches diese Aggressionen zum Teil bereits früher erfahren hatten. Sie waren verdrängt worden und hatten sich in eine überkompensierende Liebe zur Mutter gewandelt, die auch auf die Freundin übertragen wurde. Diese Liebe hatte, wie man aus dem Phantasieleben der Patientin entnehmen konnte, einen masochistischen Charakter: von der Freundin mißhandelt zu werden — und verriet dadurch ihre Abkunft von der ursprünglichen Aggressionsneigung. Befürchtete also die Patientin eine Strafe für ihre, gegen die Freundin gerichteten Todeswünsche, so mußte sie begreiflicherweise auch gleichzeitig Angst vor ihrer libidinösen Bindung an die Freundin haben, da der masochistische Charakter dieser Bindung große Gefahren in sich barg. Sie versuchte ihnen zu entgehen, indem sie sie in das symbolisierte Tier hinausverlegte. Die Katze wurde zur Vertreterin beider gefahrvollen, ambivalenten Regungen dem

Weibe gegenüber. Durch die Vermeidung eines Zusammentreffens mit diesem Tiere versuchte die Patientin den inneren Gefahren zu entgehen. Dies ist auch gewöhnlich der Zweck und der Erfolg des phobischen Mechanismus im Allgemeinen. Bei unserer Patientin konnte dieser Zweck jedoch nicht erreicht werden, denn durch die phobische Maßregel wurde bei ihr nur ein Teil der diffusen Angst bewältigt, den größeren Teil vermochte sie nicht in phobischen Gegenbesetzungen einzufangen. Warum dies nicht gelang, läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen.

Es scheint, daß die Phobie im Allgemeinen von der echten Hysterie durch ihre nähere Beziehung zur Zwangsneurose abweicht und daß die Bildung eines gut konsolidierten phobischen Systems mehr von jenen Kräften zur Voraussetzung hat, die bei der Entstehung von Zwangssymptomen im Spiele sind. Wir werden auf diese Frage bei der Besprechung der Phobie und der Zwangsneurose noch näher eingehen.

Noch weniger kann man die Frage beantworten, warum die Angsthysterie ihre Angstfreiheit durch Bildung von Konversionssymptomen nicht zu wahren vermag. Vielleicht spielt hier ein größerer sadistischer Anteil der Libido eine Rolle, der auch mehr Strenge von Seiten des Über-Ichs provoziert, das den wunscherfüllenden Triebtendenzen ihre Darstellung in Konversionssymptomen nicht gestattet.

Diese Zwischenstellung der Phobien zwischen Zwangsneurose und Hysterie läßt sich häufig an Fällen beobachten, die eine Kombination von phobischen Ängsten mit Konversionssymptomen und hysterischen Anfällen aufweisen oder an anderen, bei denen Zwangssymptome mit solchen phobischer Natur verbunden sind. Auch gibt es phobisch Erkrankte, die in der Bildung der Gesamtpersönlichkeit einen ausgesprochen hysterischen und andere, die mehr einen zwangsneurotischen Charakter zur Schau tragen.

Zu dieser Frage werden wir noch im Späteren zurückkehren.

SIEBENTE VORLESUNG

Ein Fall von Hühnerphobie

Ich möchte Ihnen über einen Fall von Phobie berichten, bei dem die phobische Angst einem Tiere galt, das unter den Objekten der Tierphobien selten vorkommt. Hunde, Pferde, Katzen sind die häufigsten Ablagerungsstätten für die Angst der Phobiker. Manchmal sind es auch große, gewaltige Tiere, die in Märchengeschichten eine Rolle spielen und die Phantasie des Kindes in der Richtung der Angst anregen. Manchmal geht von kleinen kriechenden Tieren oder Spinnen, Schlangen usw. ein Gefühl der Unheimlichkeit aus, das sich unter Umständen zu schweren Angstgefühlen steigern kann.

Unser Patient litt jahrelang an einer Hühnerphobie, die für ihn besonders peinlich war; denn, am Lande geboren und erzogen, wurde er in seiner Berufswahl als Landwirt durch seine Phobie so behindert, daß er seinem Feinde tatsächlich das Feld räumen, d. h. in die Stadt flüchten mußte, um hier seine Ängste einem anderen Schicksal zuzuführen.

Als er die analytische Behandlung aufsuchte, war er eigentlich praktisch von seiner Phobie bereits genesen. In die Analyse brachte den 20jährigen jungen Mann der Wunsch seiner Familie, die davon Kenntnis bekommen hatte, daß der Patient manifest homosexuell sei, und an ihn deshalb die Forderung stellte, seine Perversion einer analytischen Behandlung zu unterziehen. Damit ist der Patient garnicht einverstanden. Er ist eigentlich mit seiner Homosexualität ganz zufrieden, betont den aggressiven männlichen Anteil seiner Beziehung zu Männern, obzwar seine ganze Persönlichkeit einen stark femininen, weichen Charakter aufweist. Die Objekte seiner Liebe sind immer elegante Jünglinge, die, seiner Beschreibung nach, demselben Typus wie er selbst angehören. Diese Art der Objektwahl nennen wir narzißtisch, d. h. man liebt im Anderen die Ähnlichkeit mit sich selbst.

Diese Objektwahl war eigentlich etwas auffallend, denn schon das erste Stadium der Analyse zeigte mit voller Klarheit, daß die Wurzel seiner Homosexualität in der Bindung an einen um 10 Jahre älteren Bruder lag. Erst die analytische Entwicklung der verschlungenen Fäden seines Seelenlebens erklärte diese widerspruchsvolle Tatsache.

Der Patient erinnert sich nicht, in den ersten 5—6 Lebensjahren krank gewesen zu sein. Erst in der Latenzperiode traten die ersten neurotischen Schwierigkeiten auf, und zwar als Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis. Ich möchte an dieser Stelle noch einmal betonen, daß solche traumatische Erlebnisse wohl eine provozierende Rolle für den Ausbruch einer Neurose spielen können, äußerst selten jedoch die letzte und einzige Ursache der Erkrankung darstellen. In der analytischen Behandlung sind sie Wegweiser, Marksteine, Stufenleiter zu tieferen unterbewußten Quellen, denen sie ihre Auswirkung, manchmal auch ihre Entstehung verdanken.

Das traumatische Erlebnis unseres Patienten bildete gleichsam das Klischee sowohl für seine spätere Pubertätsneurose, wie für seine Perversion, und ich werde bei der Besprechung dieses äußerst interessanten und instruktiven Falles jenes Erlebnis als Zentrum benützen, von dem wir ausgehen wollen. Von diesem Erlebnis aus führten nämlich die Wege der Analyse nicht nur zu den späteren Entwicklungsstadien des Patienten, sondern auch in die vorgeschichtliche Zeit seiner Kindheit, d. h. in die der Amnesie verfallene Zeit. Bei solchen pathogen wirkenden Erlebnissen — ohne Rücksicht darauf, ob sie schon der Amnesie verfallen sind oder nicht — erweist sich dann fast immer in der Analyse, daß ihre pathogene Auswirkung nur dadurch zustandekommen konnte, daß für das Erlebnis ein bereits lange vorbereiteter Boden vorhanden war.

Das Erlebnis meines Patienten war eigentlich nie der Amnesie verfallen, es war ihm jedoch die tiefere Bedeutung jener Episode für die Gestaltung seines Seelenlebens nicht erkennbar. Der Zusammenhang zwischen dem scheinbar harmlosen Erlebnis und den späteren neurotischen Schwierigkeiten konnte daher erst in der Analyse hergestellt werden.

An einem heißen Sommertage spielte der kleine 7jährige Junge mit seinem erwachsenen Bruder im Hofe des landwirtschaftlichen Hauswesens seiner Eltern, in dem er geboren und erzogen wurde. Er beschäftigte sich mit einem Spiel am Boden, wobei er eine hockende gebückte Stellung einnahm. Da sprang der große Bruder unverhofft von rückwärts auf den kleinen, umfaßte ihn fest um die Mitte und rief: „Ich bin der Hahn, du bist die Henne."

Offenkundig hatte es sich da um einen spielerischen sexuellen Angriff von Seiten des Bruders gehandelt. Es kam zu einer Raufszene zwischen den beiden, denn unser kleiner Freund wollte unter keinen Umständen eine Henne sein. Er mußte jedoch dem stärkeren Bruder, der ihn — in derselben Stellung verharrend — fest umschlungen hielt, unterliegen. Er weinte und schrie in maßloser Wut: „Ich will aber doch keine Henne sein!"

Nun begann der kleine Junge seine Bewegungsfreiheit beträchtlich einzubüßen. Er fühlte sich genötigt, Hennen im weiten Kreis zu meiden, was in einem landwirtschaftlichen Betriebe doch nur mit einiger Schwierigkeit möglich war. In dieser Zeit war es noch nicht die Angst vor Hennen, die ihn zu dieser Vermeidung trieb, sondern die Angst vor den sadistischen Angriffen des großen Bruders, der eingedenk jenes Spieles und des Protestes des Kleinen gegen das Henne-sein nun jedesmal, wenn eine Henne in Sicht war, neckend auszurufen pflegte: „Das bist du!"

Dieses anfängliche Meiden der brüderlichen Sticheleien entwickelte sich allmählich zum Meiden von Hennen; so wurde aus der Angst vor den Neckereien des Bruders eine Angst vor den harmlosen Tieren, mit denen er bis dahin besonders gut befreundet war. Bald wuchs sich die Angst des kleinen Jungen zu einer richtigen Hühnerphobie aus. Jedesmal, wenn er aus dem Zimmer hinausgehen wollte, mußte eine Vertrauensperson aus seiner Umgebung die Hühner im Stalle einsperren und Umschau halten, ob keine Henne in der Nähe war. Erst nach Einhaltung aller dieser Vorsichtsmaßregeln wagte es der kleine Junge mit bangen Gefühlen das Haus zu verlassen. Er spähte immer mit ängstlichen Blicken aus, ob das

Schreckgespenst in Gestalt einer Henne doch nicht auf der Bildfläche erscheine; jedesmal beim Anblick einer Henne geriet er in einen heftigen Angstzustand. Durch etwa zwei Jahre lastete diese Einschränkung seiner Freiheit auf seinem Leben. Dann verlor sich die Phobie vollkommen und in der Analyse stellte sich heraus, daß die Befreiung von der Phobie zeitlich mit der Wegreise des Bruders zusammenfiel, der zu Studienzwecken das elterliche Haus verließ.

In der Pubertät wird unser Patient besonders schwer erziehbar und nach einem unangenehmen Zwischenfall mit der französischen Gouvernante wird er in die Stadtschule weggeschickt, wohnt hier bei einem Gymnasialprofessor, an dem er sehr hängt, und als er nach mehreren Monaten zu den Ferien nach Hause kommt, befällt ihn nach einem Intervall von etwa 6 Jahren die Hühnerphobie wieder, so daß er kaum das Zimmer zu verlassen wagt.

Allmählich flaut diese Phobie ab, er wird in seiner weiteren Entwicklung praktisch gesund, wendet sich aber dann vom weiblichen Geschlechte ab und wird, wie Sie gehört haben, manifest homosexuell.

Schauen wir uns in seiner Kindheitsgeschichte vor dem traumatischen Erlebnis etwas näher um. Unter drei Geschwistern ein spätgeborener Jüngster, ist er ein ausgesprochenes „Herzpinkerl" der Mutter. Er ist von der Seite der Mutter nicht wegzubringen, hängt immer an ihrem Rock und begleitet sie bei allen ihren Beschäftigungen. Wie sich herausstellt, spielen Hühner schon lange vor jenem Brudererlebnis eine wichtige Rolle in seiner Phantasietätigkeit. Die Mutter besorgt mit besonderem Interesse den Hühnerstall. Der kleine Junge nimmt an ihren Hühnerstallinteressen einen lebhaften Anteil, freut sich mit jedem neugelegten Ei und schaut interessiert zu, wie die Mutter die übliche Betastung der Hühner vornimmt, um deren Bruttätigkeit zu kontrollieren. Er selbst läßt sich auch gerne von der Mutter betasten und beim Baden, Waschen und allerlei anderen Pflegeprozeduren fragt er oft scherzend die Mutter, ob er auch ein Ei legen werde, sie möge es doch mit ihrem Finger nachkontrollieren. Während die Betastungslust sich anfangs auf das Genitale bezieht,

verlegt er allmählich — vielleicht im Zusammenhang mit den Betastungen der Hühner — diese Lustsensationen nach rückwärts. Er manipuliert mit dem Finger im Anus, hält den Kot zurück, oder legt schön geformte Koteier in alle Ecken des Zimmers, freut sich sehr über diese Liebesgabe für die Mutter und ist höchst erstaunt, daß sie diese nicht mit derselben Zufriedenheit begrüßt, wie bei Hühnern. In diesen Spielen hat er selbst eine doppelte Rolle: er ist die Mutter, die ihn berührt, betastet, den Finger einführt und die Henne, die betastet wird und das Ei legt. Dieses anale Spiel war nun zum großen Teil der Amnesie verfallen und taucht erst im Verlaufe der Analyse wieder in der Erinnerung auf.

Dann kommt eine Phase, in der die Erziehung von Seiten der Umgebung scheinbar von Erfolg gekrönt ist. Der kleine Junge gibt die „Schweinereien" auf, wird sehr sauber und es macht den Eindruck, als würde er auch die Freude am Analen aufgeben. Er fängt wohl an, sich mehr mit seinem Genitale onanistisch zu beschäftigen und man könnte den Eindruck gewinnen, daß der kleine Junge damit eine Entwicklung von der analen zur genitalen Phase durchgemacht habe. Aber die Analyse ergab, daß auch die Onanie nur anale Lustsensationen auf einem anderen Wege anstrebte. In den onanistischen Manipulationen wußte er es so einzurichten, daß er statt mit dem Finger von rückwärts, mit dem Penis von vorne auf das Mittelfleisch drückte und so anale Sensationen erzielte. Seine Phantasien blieben dabei bei der Mutter, und zwar so, daß er in seiner Vorstellung der Mutter den Besitz eines Penis andichtete: sein eigener Penis war bei diesem Spiele ein der Mutter zugehörendes Organ, so wie früher sein Finger in der Phantasie eigentlich der der Mutter war. In dieser Phase ist er zwar passiv-anal eingestellt, aber die Objektwahl ist eine heterosexuelle. Erst das Erlebnis mit dem Bruder bedeutete einen Wendepunkt in der Objektwahl. Mit diesem Überfall wird die passiv-anale, zur Homosexualität disponierende Einstellung bereits homosexuell gerichtet und an die Stelle der Mutter tritt der Bruder. Das Spielerlebnis mit dem Bruder hatte seine passive homosexuelle Bereitschaft voll aktiviert. Die

Analyse ergab, daß noch vor dem Ereignis mit dem Bruder, unser Patient bei der Beobachtung des aufspringenden Hahnes sich mit der Henne identifiziert hatte und deshalb gegen die Bewältigung durch den Bruder im Hahn-Henne-Spiel so affektvoll protestierte, weil er vom Bewußtsein aus gegen die unbewußt erwünschte passive Rolle sich auflehnte. Die Szene mit dem Bruder hatte für ihn die Bedeutung des sexuellen Aktes zwischen dem Hahn und der Henne, d. h. zwischen dem Bruder und ihm selbst, und das Schreien „ich will keine Henne sein!“ hatte zum wirklichen Inhalt, „ich verleugne meinen passiv-homosexuellen Wunsch“. Die Hühnerphobie war, wie sich in der Analyse herausstellte, nur die weitere Fortsetzung dieser Ableugnungstendenz.

Ich möchte noch eine andere Episode aus jenem Brudererlebnis hier einschalten. Patient erzählte in der Analyse, noch ohne Zusammenhang mit jenem Erlebnis, daß er in Gürtelhöhe um den Körper herum eine Zone hätte, in der er so kitzlig sei, daß er sogar beim Anprobieren eines Anzuges, wie überhaupt bei jeder Annäherung an sie in unbändige Lachkrämpfe verfalle und früher öfters bei Spielen mit Kollegen, bei jedem Versuch ihn in dieser Gegend zu kitzeln, vor Lachen in Ohnmacht fiel. In der Analyse ließ sich diese Überempfindlichkeit auch in Verbindung mit der Bruderszene bringen. In jener verhängnisvollen Situation hatte ihn der Bruder von rückwärts an dieser Körperpartie umschlungen gehalten, die zu dieser Kitzelzone gehörte. Diese Umklammerung hatte, wie wir schon wissen, den passiven libidinösen Wünschen des Patienten eine Erfüllung gebracht. Gleichzeitig mit der Erfüllungsfreude erwachte jedoch eine heftige Abwehr gegen die passiven Tendenzen. Das Lachen beim Kitzeln ist der Ausdruck der Befriedigung, bezw. die Reminiszenz an das Lustvolle jenes Erlebnisses, aber es ist ein Lachen, das durch Abwehr zur Unlust wird, eine bereits abgewehrte, gewissermaßen traurige Lustigkeit.

So weit die Erinnerung unseres Patienten reichte, war das damalige Erlebnis mit dem Bruder nicht vom Kitzelgefühl begleitet gewesen, aber am Orte des körperlichen Angriffes, an der Umar-

mungszone, behielt unser Patient eine körperliche Reminiszenz, die bei den späteren Berührungen aufgefrischt, jedesmal zur freudigen Entladung, d. h. zum Lachen drängte, aber gleichzeitig auch zur Abwehr, wie damals in dem Rufe „ich will keine Henne sein!".

Im Kampfe mit dem Bruder wurde er besiegt, und in Erinnerung an seine eigene passive Hingabe nach dem inneren Verzicht auf die Abwehr, traten die späteren Ohnmachtszustände beim Kitzeln auf. Fügen wir noch hinzu, daß der Patient schon in seinen Beziehungen zur Mutter starke Lusterlebnisse bei Berührungen durch sie empfunden hatte. Diese Berührungsfreude bei seiner sichtlich stark entwickelten Hauterotik hatte auch den anderen Körperpartien, die der fürsorglichen Pflege der Mutter oblagen, gegolten. Solche Stellen, die bei der Kinderpflege besonders der Reinigung, also auch der Berührung, unterzogen werden, befinden sich unter dem Kinn, in den Achselhöhlen und an den Fersen. Bei unserem Patienten wurde wahrscheinlich die Berührungsempfindlichkeit von diesen Körperpartien auf jene Zone verschoben, die im Brudererlebnis eine Rolle spielte, entsprechend den Schicksalen seiner Libido, die sich von der Mutter dem Bruder zuwendete.

Ich habe den Eindruck, daß diese Art der Hauterregbarkeit mit den sonderbaren Affektreaktionen, die bei unserem Patienten so stark entwickelt waren, überhaupt bei jedem Kitzeln dieselbe Genese hat. Es ist doch auffallend, daß die typischen Kitzelregionen bei den meisten Menschen diejenigen sind, die bei den Reinigungsprozeduren des kleinen Kindes besonders bevorzugt werden. Es scheinen an diesen Körperregionen lustvolle und später verdrängte Erinnerungen der hauterotischen Früherlebnisse besonders zu haften. Das Kitzeln ist dann die Wiederbelebung des Lustvollen und Abgewehrten gleichzeitig.

Kehren wir zu unserem Patienten zurück. Die Szene mit dem Bruder hatte für ihn die Bedeutung einer homosexuellen Verführung, eines Erlebnisses, auf das er schon lange vorher in seinen unbewußten Phantasien mit voller libidinöser Bereitschaft vorbereitet war. Sein Kampf galt der Abwehr dieser Wunscherfüllung, der Ab-

wehr seiner eigenen passiven Homosexualität, die in der Hühnerphobie sich manifestierte.

Wir wollen diesen ganzen Vorgang einer Überlegung unterziehen. Bringen wir uns die zwei vorbildlichen Krankengeschichten von Tierphobien in Erinnerung, ich meine die Pferdephobie des „kleinen Hans" und die Wolfsphobie aus der „Geschichte einer infantilen Neurose" (Freud).

Der kleine Hans hatte den feindseligen Impuls gegen den Vater verdrängt, hatte seine aggressiven Tendenzen vom Vater auf ein dazu geeignetes Tierobjekt verschoben und erwartet nun vom mächtigen Tiere die Rache, d. h. eine Aggression gegen seine eigene kleine Person. Die Angst ist bei ihm ein Warnungssignal vor den eigenen inneren Gefahren, eine Angst, deren warnender Inhalt lautet: „wenn du den Vater als Konkurrenten töten willst, wirst du von ihm kastriert", und die Kastrationsgefahr wird durch den Inhalt „du wirst vom Pferde gebissen" ausgedrückt. Charakteristisch ist, daß diese drohende Gefahr in die Außenwelt verlegt wird.

Dasselbe tut auch der kleine Wolfsmann, der auch eine innere Gefahr in die Außenwelt hinausprojiziert. Bei ihm liegt jedoch die Gefahr in der passiv-homosexuellen Beziehung zum Vater (enthalten in dem unbewußten Wunsche, vom Vater gefressen zu werden). Auch bei ihm ist die innere Gefahr auf ein Angsttier verschoben. Wenn auch der Vorgang beim kleinen Wolfsmann ein komplizierterer ist, so entspricht, wie Freud sagt, auch seine Angst der Kastrationsangst. Was dem kleinen Hans als Rache und Bestrafung droht, nämlich die Kastration, wird beim kleinen Wolfsmann zur Voraussetzung der von ihm unbewußt erwünschten Befriedigung. Um vom Vater so geliebt zu werden, wie die Mutter, muß man sein männliches Genitale opfern.

Was ist nun mit unserem Hühnerphobiker? Gemeinsam mit den zwei anderen, mit dem kleinen Hans und mit dem Wolfsmann, ist auch bei ihm die Verlegung der Innengefahr in die Außenwelt. Aber der Projektionsmechanismus funktioniert bei ihm anders. Er spaltet diesen Teil seiner Persönlichkeit, der der Träger seiner pas-

siven homosexuellen Einstellung zum Bruder ist, ab; die Henne, mit der er sich schon früher identifiziert hatte, entspricht eben jenem abgespaltenen und hinausprojizierten Teil seines Selbst. Die Henne ist für ihn wie ein Spiegelbild seiner femininen Strebung; jedesmal wenn er sich in diesem Spiegelbild erblickt, d. h., wenn er eine Henne sieht, gerät er in Angst vor seinen eigenen Triebtendenzen, die auch bei ihm dieselbe Konsequenz haben müssen, wie beim kleinen Hans und beim Wolfsmann: die der Kastration.

Erinnern wir uns, daß seine primäre Analität eine Disposition zur passiven Homosexualität mit sich brachte: der Bruder als Angreifer von rückwärts mobilisierte und befestigte nur diese Disposition. Charakteristischerweise verschwand die Angst vor den Hühnern, als der Bruder das Haus verlassen hatte. Ein Beweis, daß die wirkliche Gefahr für seine passiven libidinösen Wünsche eigentlich in seinen Beziehungen zum Bruder lag.

In der Pubertät ereignet sich folgendes: Der Bruder knüpft ein Verhältnis mit der französischen Gouvernante an. Patient bewirbt sich auch um ihre Gunst, wird aber als zu jung abgelehnt. Die Ablehnung nimmt er nicht glatt an, in heller Wut überfällt er die Französin von rückwärts und versucht sie in dieser Stellung zu vergewaltigen. Nach einer großen Familienszene entschließt man sich, den reizbaren Jungen von Hause wegzuschicken.

Diese Erlebnisse in der Pubertät lassen darauf schließen, daß auch früher einmal eine Konkurrenzeinstellung zum Bruder vorhanden war. Wahrscheinlich spielte in dieser Konkurrenz die Mutter eine Rolle und die Analyse brachte auch Anhaltspunkte dafür, daß die Beobachtungen an der Henne und an dem Hahn in seinem Phantasieleben auf die Mutter und den Vater zurückgingen. Es machte auch den Eindruck, daß der kleine Mann die Zurückweisung von Seiten der Mutter nicht ertragen konnte und deshalb den Umkehrungsprozeß ins Weibliche durchführte. Wahrscheinlich ging dieser Umkehrungsvorgang so rasch und so leicht vor sich, weil ihn die starke anale Disposition vorzeichnete. Diese erste, oben angenommene, normale Ödipuseinstellung blieb nur eine Vermutung auf Grund

gewisser Anhaltspunkte, ohne daß die Analyse Sicherheiten in dieser Richtung erbringen konnte. Die Analyse lernte die Mutterbeziehung bereits in dieser wenig männlichen Form kennen: einerseits identifizierte er sich mit ihr, andererseits wollte er von ihr anal befriedigt werden. Von da aus geht er direkt in die Bruderbeziehung über, ohne, daß der Vater in der Analyse je eine wichtigere Rolle gespielt hätte.

Das Erlebnis mit der Gouvernante wird nun entscheidend für seine weiteren Schicksale. Die Versagung bei der Frau verstärkt seine homosexuellen Tendenzen. Er kehrt in die Schule zurück, sublimiert anscheinend ohne neurotische Schwierigkeiten, aber sein ganzes Verhalten verrät deutlich passive Tendenzen.

Im 17. Lebensjahr wird er bei einem gelegentlichen Besuch im Elternhause wieder von seiner Hühnerphobie befallen. Er verläßt fluchtartig das elterliche Haus und kehrt in die Großstadt zurück. Am Tage seiner Rückkehr lernt er einen hübschen jungen Mann kennen, benimmt sich diesem gegenüber außerordentlich aggressiv, erzählt ihm von seinen homosexuellen Erlebnissen (die er nie gehabt hatte) und verführt aktiv den jungen, auch homosexuellen Mann. Von diesem Momente an hat er eine ganze Reihe analoger homosexueller Erlebnisse, in denen er immer die Rolle des aktiven Verführers spielt.

Die plötzliche Änderung seines Verhaltens muß so verstanden werden, daß er früher auf der Flucht vor der eigenen Passivität angstvoll jede homosexuelle Regung verdrängt hatte und phobische Maßnahmen dem Durchbruch dieser Regungen vorgezogen hatte. Die gebändigte homosexuelle Libido setzte sich aber unter e i n e r Bedingung durch. Diese Bedingung war, daß er in der Homosexualität die aktive Rolle übernehmen mußte und nicht die erwähnte passive. Dazu war notwendig, daß er sich mit der verführenden Mutter identifiziert und nicht mit der verführten. Er erreichte damit zweierlei. Erstens konnte er die Aktivität behalten, brauchte seine Männlichkeit nicht aufzugeben und auf das männliche Organ nicht zu verzichten. Zweitens konnte er, nachdem er seine Objektwahl narzißtisch

gestaltete, d. h. Liebesbeziehungen mit jungen Leuten anknüpfte, die ihm ähnlich waren, auf diesem Umwege gleichzeitig passiv, mit anderen identifiziert, das Erlebnis genießen.

Der letzte Anstoß aber zur Freimachung der Homosexualität war folgender: Bei seinem letzten Besuche zu Hause hatte er erfahren, daß der Bruder manifest homosexuell sei. Diese Erkenntnis wurde zum Anlaß seiner neuerlichen Phobie. Gleichzeitig aber, gleich nach seiner Rückkehr in die Stadt, unter dem Eindruck dieser Mitteilung, gab er die Angst vor der eigenen Homosexualität auf, und wurde — sich mit dem Bruder identifizierend — aktiv homosexuell, indem er sich dabei nur sagen mußte: „Ich brauche mich vor dem Angriff des Bruders nicht zu fürchten, denn ich bin selbst der Angreifer."

Die therapeutische Aussicht einer solchen Analyse, bei der der Analysand im vollen Gefühle seiner Gesundheit seine Perversion akzeptiert hat und nur auf Wunsch der Angehörigen sich in eine Behandlung begibt, ist außerordentlich ungünstig. Überraschenderweise endigte diese Analyse mit einer Zuwendung zur Heterosexualität und wenn die Nachrichten, die ich über den Patienten von Zeit zu Zeit bekomme, richtig sind und die Gestaltung seiner äußeren Lebensverhältnisse als maßgebend angenommen werden kann, so ist Patient auch andauernd bei der Heterosexualität geblieben.

Die Lösung der therapeutischen Aufgabe erwies sich in diesem Falle so interessant, daß ich nicht umhin kann, Ihnen darüber in Kürze zu berichten.

Der Patient kam in die Analyse mit einer lebhaften Betonung seiner Selbstzufriedenheit. Er war der Typus des narzißtisch femininen jungen Mannes, für den die Unterbringung seiner geringen Liebesfähigkeit bei einem ihm selbst ähnlichen Objekte die einzige Möglichkeit der Objektbeziehung war.

Zur Zeit, als er die Analyse begann, war er angeblich „heiß" in einen Bühnenkünstler verliebt. Dieser Bühnenkünstler, eine typisch narzißtische Objektwahl, war die Verkörperung aller dieser Qualitäten, die der Patient in sich selbst finden wollte. Er selbst wollte Schauspiele

werden, der Geliebte ist es. Der Geliebte ist zart wie eine Frau und großherzig wie ein Mann, zu jedem Opfer bereit und doch seine Persönlichkeit wahrend, usw. Gleichzeitig bringt der Patient seiner eigenen Person so viel Bewunderung entgegen, zeigt so viel Selbstzufriedenheit und Selbstüberhebung, als hätte er tatsächlich selbst alle diese Qualitäten, die er in dem Geliebten zu finden vermeint.

In der Analyse wird seine narzißtische Selbstherrlichkeit ein wenig erschüttert. Daraufhin läuft er von der Analyse weg, schreibt aber bald verzweifelte Briefe, in denen er um seine Wiederaufnahme bittet, denn er sei ganz „durcheinander". Die Rückkehr inauguriert er mit folgendem Traume:

Er löscht die Lampe neben seinem Bette gerade aus (bereits im Traume), *um einzuschlafen. Im selben Momente fühlt er einen Druck am Halse, ein Würgen in der Kehle, eine schwere Gestalt umklammert seinen Körper, versucht seine Brust zusammenzuquetschen, er wehrt sich, beide Gestalten verbeißen sich kämpfend ineinander, fallen vom Bett auf den Boden und hier setzt sich das Herumzerren, Schlagen, Kratzen, Würgen etc. weiter fort. Es gelingt ihm, den elektrischen Taster zu erreichen, er macht Licht, sieht im selben Moment eine dunkel gekleidete, weibliche Gestalt vorüberhuschen und weiß, daß dies die Urheberin des Kampfes ist. Er fühlt seine Kräfte im Kampfe schwinden und weiß, daß er sterben wird. Im Gegner erkennt er einen ihm bekannten jungen Mann. Er sagt: „ich habe einen Selbstmord begangen" und denkt dabei „bin eh' nicht mehr wert". Er weiß dabei, daß der Andere ihn ermordet hat, und doch behauptet er, daß es ein Selbstmord ist. Zum Schluß denkt er sich: „es ist doch edel von mir, daß ich die Schuld auf mich nehme"* und erwacht.

Die ganze Raufszene im Traume erinnert in ihrer analytischen Deutung an E. T. A. Hoffmanns „Elixiere des Teufels", wo Medardus und Viktorin als Spaltungen des Ichs wild miteinander kämpfen. Patient sieht die Analogie, und mich als Urheberin seiner in der Analyse entstandenen Konflikte erkennend, agnosziert er auch die Frauengestalt im Traume. Zum „jungen Mann" assoziiert er

eine am Vortag stattgefundene Begegnung mit einem Bekannten, von dem er weiß, daß er ein sadistisch-aggressiver Homosexueller sei, der seine Objekte quält und ausnützt. Patient bringt ihm volle Verachtung entgegen und meidet seine Gesellschaft. Im Gespräche hatte ihm jener „junge Mann“ erzählt, es gehe ihm nicht gut, er leide an Depressionen und Angstzuständen, wobei der Patient zwei flüchtige Gedanken hatte. Der eine war: „bist nicht mehr wert“, der andere: „wie ich“.

Diese Assoziationen verraten deutlich seine eigene Identifizierung mit jenem Manne. Während er bis dahin sich mit seinen Liebespartnern, die seinem bewußten Ichideal entsprachen, gleichsetzte und dabei sich selbst in seiner narzißtischen Selbstbewunderung ihnen ähnlich fühlte, verrät der Traum seine tiefere, verdrängte und jetzt unter dem Einfluß der Analyse (Urheberin) durchbrechende Identität mit jenem Bösen, Sadistischen, Aggressiven. Seine ganze wütende Aggression entlädt er im Traume gegen den Feind, der ihn überfällt, gegen den sadistischen Partner, der aber gleichzeitig sein Doppelgänger ist, sein verdrängtes und überkompensiertes Ich.

Das scheinbar klare und durchsichtige Bild seiner passiven Einstellung verwirrt sich hier. Was wir in seiner Phobie kennen gelernt haben, erwies sich als Endprodukt eines sehr komplizierten Vorganges. Seine „feminine Einstellung“ war zwar sehr frühzeitig und sehr dispositionell gegeben (anale Beziehung zur Mutter usw.), zum endgültigen Resultat kam er jedoch über einen wütenden Haß gegen den Gegner, den großen mächtigen Vater, bezw. Bruder (Frau als Urheberin des Kampfes im Traume). Er mußte im Kampfe als der Schwächere unterliegen (Hahn-Hennekampf) und der ursprüngliche Hasser verwandelte sich dann in einen ohnmächtig Liebenden.

Der Traum zeigte aber deutlich, daß dieser Kampf, zwischen ihm und dem „Anderen“, sich weiter in seinem Innenleben abspielt. Der „Andere“ in ihm, der ihn mißhandelt und zum Schluß ermordet, ist der sadistische Teil seiner Persönlichkeit, gleichzeitig aber sein eigener Richter, der mit der Feststellung: „er ist nichts Besseres wert“ eine Justifizierung an ihm ausführt, d. h. einen Selbstmord.

Wir sehen hier die innere Kritik despotisch walten und nehmen mit Recht an, daß sie letzten Endes eine justifizierende Wendung der Aggression gegen das eigene Selbst veranlaßte. Die daraus resultierende masochistische Einstellung wurde aber für das Ich gefährlich, denn sie drohte wieder, wie der ursprüngliche feminin-libidinöse Wunsch, mit dem Verlust der Männlichkeit. Die Abwehr dieser Gefahr eben haben wir in dieser Phobie bereits erkannt, verstehen jetzt aber, daß die phobische Flucht auch der Bestrafung galt, die wiederum die Kastrationsgefahr mit sich brachte. Die Bestrafung und die Erfüllung des feminin-libidinösen Wunsches haben dieselben verhängnisvollen Folgen und müssen deswegen vom Ich abgelehnt werden, was auch in der phobischen Maßregel geschieht.

Bei unserem Patienten löst sich im Laufe der Zeit der innere Kampf in einer Reihe scheinbar gelungener Kompromisse auf und Patient kompensiert seine psychische Entmannung durch einen selbstherrlichen Narzißmus. Die Analyse entfacht den Kampf von Neuem, und zwar bis in die letzte und tiefste Wurzel des Konfliktes. Der innere Friede ist gestört, die narzißtische Schutzmauer bricht zusammen und der Genesungsvorgang kann hier anknüpfen.

Erinnern Sie sich an die Patientin, die an einer Katzenphobie gelitten hat! Wir haben hier gesehen, daß eine zum Todeswunsch gesteigerte feindselige Regung gegen die Freundin verdrängt und auf ein geeignetes Tier verschoben wurde. Jedes Zusammentreffen mit der Katze mobilisierte in der Patientin den alten Haß, aber auch die Reaktion, die im Inneren der Patientin auf diesen Haß entstanden ist; eine Drohung von Seiten des Über-Ichs und damit eine Gefahr für das Ich, die jetzt von der Katze in der Rolle der strafenden Mutter ausgeht. Wir hörten aber hier, daß das Projektionsobjekt, die Katze, gleichzeitig zur Trägerin der homosexuellen, positiv libidinösen Strebung wurde und daß hier sichtlich ein Kompromiß zwischen dieser und der strafenden Macht entstanden ist. Dieses Kompromiß scheint sich für das Ich als günstig zu erweisen, denn es besitzt im phobischen Symptom ein vor Angst schützendes Warnungssignal. Es ist so, als würde ein strenger Erzieher einem Kinde

mit Strafe drohen, um Angst einzujagen, aber nachsichtig, ihm gleichzeitig versprechen, von der Strafe abzusehen, wenn es etwas Bestimmtes unterläßt.

Bei unserem letzten Patienten war die Hühnerphobie die direkte Projektion einer libidinösen Tendenz, bezw. der Gefahr der Kastration, die an die Erfüllung des libidinösen Wunsches geknüpft war. Aber auch hier war schließlich die Phobie das Endprodukt eines Kampfes gegen eigene aggressive Regungen.

Diese beiden Fälle scheinen die Annahme zu bestätigen, daß die Phobie zum Unterschied von hysterischen Konversionssymptomen stärkere Regressionen im Sinne von sadistisch-aggressiven Tendenzen aufweist. Daher benimmt sich das Über-Ich strenger und bringt das Ich in jene Gefahrssituationen, die in der Phobie hinausprojiziert werden, dadurch den Charakter einer äußeren Gefahr annehmen und vermieden werden können. Es zeigt sich aber nicht so unerbittlich wie bei der Zwangsneurose, denn unter Einhaltung bestimmter Vermeidungsregeln kann bei der Phobie dem Ich Angst- und Symptomfreiheit gewährt werden, während bei der Zwangsneurose der andauernde unerbittliche Druck des Schuldgefühls zu ständigen Vorsichtsmaßregeln, Abwehrkämpfen etc. führt. Auf diesen Vergleich zwischen der Phobie und der Zwangsneurose kommen wir im Weiteren noch zurück.

ACHTE VORLESUNG

Platzangst

Die Fälle, über die ich jetzt berichten werde, entsprechen einem ganz bestimmten Krankheitstypus, dessen Symptome sich etwa folgendermaßen charakterisieren. Es handelt sich um Menschen, die, auf der Straße sich selbst überlassen, in intensivste Angstzustände geraten. Es stellen sich bei ihnen alle Erscheinungen der Angst ein: Herzklopfen, Zittern und vor allem das Gefühl, sie könnten jetzt zusammenbrechen und hilflos zugrundegehen. Ihre Angst ist

eine echte Todesangst und ihre phobische Befürchtung hat den Wortlaut: „Ich werde plötzlich sterben." Sie werden dabei von dem entsetzlichen Gedanken gepackt, augenblicklich einem Schwächezustand, einer Herzlähmung, einem Schlaganfall oder einem anderen katastrophalen Ereignis zu erliegen; häufig zentriert sich die Angst um die Vorstellung des Überfahrenwerdens, des Eisenbahn- oder Autounfalls usw. Charakteristisch für diese Zustände ist, daß sie ganz verschwinden oder eine wesentliche Milderung erfahren, wenn sich in der Nähe des Kranken eine Begleitperson befindet. Manchmal verleiht ihm schon die Sichtweite seines Wohnhauses das Gefühl der Sicherheit. Die Begleitperson muß meistens bestimmten Bedingungen entsprechen. Es muß eine zärtliche Bindung zwischen ihr und dem Kranken bestehen. Manche Agoraphobe bestehen auf die Begleitung einer bestimmten Person. Andere scheinen konzilianter zu sein und begnügen sich mit jedem, mit dem sich die Aussicht auf „rasche Hilfe" verknüpfen kann. Reiche Patienten wollen ihren Arzt mit der rettenden Injektionsspritze in der Nähe wissen.

Da die Auswahl der Begleitperson nichts Auffälliges zu bieten schien, gab man sich mit der Angabe der Patienten, es handle sich nur um die Rettungsmöglichkeit, zufrieden und schenkte dieser „Nebenfigur" keine weitere Aufmerksamkeit. In den drei Fällen, die ich hier besprechen will, scheint die Bedeutung dieser Begleitperson von Wichtigkeit zu sein und gewisse Auskünfte über das Wesen dieser Art der Phobie zu geben.

Einer dieser Fälle wurde mir vor mehreren Jahren von einem Kollegen anläßlich seiner Abreise von Wien übergeben. Es handelte sich um ein junges Mädchen mit Symptomen der typischen Agoraphobie. Jedesmal, wenn sie ohne die Eltern auf die Straße ging, wurde sie von heftigster Angst (vom oben beschriebenen Charakter) befallen. Als Begleitperson mußte der Vater oder die Mutter fungieren. Der erste Angstzustand auf der Straße entstand ihren Angaben nach, als sie einen Mann unter epileptischen Anfällen auf der Straße zusammenfallen sah. Seit dieser Zeit konnte sie sich vom Schock dieses Anblickes nicht befreien, um so weniger, als sie fortwährend

von plötzlichen Todesfällen zu hören bekam und in dieser Beziehung ein besonderes Mißgeschick zu haben schien; denn immer begegnete sie Rettungswagen oder Begräbnissen und wurde durch diese „Erlebnisse“ immer neu an die Möglichkeit des eigenen Todes erinnert. Es ist übrigens auffallend, wie häufig die Agoraphoben von solchen scheinbar zufälligen, auf sie traumatisch wirkenden Begebenheiten überrascht werden. Es ist die Leistung ihrer in einer Richtung eingestellten Aufmerksamkeit, die diese Kranken zur Aufnahme solcher Eindrücke, an denen andere vorübergehen, immer bereit macht, (so daß sie selbst den Eindruck gewinnen können, daß gerade sie ein besonderes Pech haben).

Es ist aus der Vorgeschichte der Patientin zu bemerken, daß sie ungefähr zur Zeit ihrer Erkrankung, also etwa ein Jahr vor Beginn der Behandlung in erotische Beziehungen zu einem jungen Mann trat, die von den bürgerlich-moralischen Eltern im Rahmen einer „platonischen Liebe“ sanktioniert wurden.

In der Behandlung beim ersten Analytiker hatte sich der Zustand bedeutend gebessert. Es war offenkundig ein „Übertragungserfolg“, dessen Bedeutung im Verlaufe der Analyse klar wurde. Die verständnis- und liebevolle Behandlung, die ihr zur Zeit des ersten Abschnittes ihrer Analyse als Ersatzbefriedigung für ihre unbewußte Beziehung zum Vater diente, hatte sich so ausgewirkt, daß sie den Weg in die Analyse ohne Begleitperson machen und sich in einem weiteren Umkreise um die Wohnung des Analytikers frei bewegen konnte. Die lebhafte, im Sinne der Liebeserfüllung beglückende Phantasie, die sich jetzt auf den Analytiker bezog, diente als Schutz gegen die Angst und ersetzte die Begleitperson.

Bald nach der Abreise ihres ersten Analytikers Dr. X. kam ein neuer Angstschub mit einem unerwarteten Inhalt: Dr. X. könnte auf der Reise etwas passieren, es könnte ihn z. B. ein Herzschlag treffen. Die Besorgnis um seine Person überdeckte eine Zeitlang die um ihre eigene. Aber dies nur vorübergehend, denn bald beherrschte wiederum die Angst um die eigene Person das Krankheitsbild.

Welcher Faktor war in der Gestaltung des Krankheitsbildes bei unserer Agoraphoben maßgebend?

Vor allem möchte ich bemerken, daß die Abreise des Analytikers als Liebesenttäuschung empfunden wurde und eine sadistische, aber abgewehrte und in ängstliche Fürsorge umgewandelte Reaktion hervorrief. Die ängstliche Besorgnis entsprach einer typischen, hysterischen Reaktionsbildung. Die Identität der Angstinhalte, früher um die eigene Person, dann um das versagende Objekt (den Analytiker), läßt vermuten, daß zwischen beiden Angstvorstellungen eine Brücke besteht.

Die Analyse der Patientin gruppierte sich um zwei traumatische Erlebnisse. Das erste stand im Mittelpunkt ihrer infantilen Lebensphase, das zweite beherrschte die Pubertätszeit. Das *infantile Erlebnis* war die reale *Belauschung des elterlichen Verkehrs*, bei der sie den Eindruck gewann, daß der Vater die Mutter würge und quäle. Das *Pubertätserlebnis* war ein schwerer *Anfall des Vaters* nach einem Bade, in dem er wie tot zusammenbrach, so daß er für längere Zeit in ein Sanatorium gebracht werden mußte.

Alle Pubertätsphantasien der Patientin waren eine Auffrischung jener infantilen Belauschungssituation, hatten einen feminin-masochistischen Charakter und neben den normalen Inhalten: Vergewaltigung, Erniedrigung zur Dirne usw. noch besonders blutrünstige Züge: ein glühender Eisenstab wird in ihr Genitale gesteckt, sie gebiert ein Kind und zerplatzt dabei in Stücke usw.

In allen diesen masochistischen Phantasien, die um das Belauschungserlebnis entstanden, hatte sich die Patientin mit der Mutter identifiziert. Der Ödipuskomplex endigte mit der Fixierung dieser Identifizierung und des dazugehörigen, gegen die Mutter gerichteten Beseitigungswunsches, der einen besonders aggressiven Charakter hatte. Das spätere Erlebnis, — die plötzliche Erkrankung des Vaters, — das in die Zeit der Pubertätskämpfe fiel, hatte die Erinnerung an das frühinfantile Erlebnis aufgefrischt und die damaligen, bis dahin verdrängten Reaktionen, dem Vater gegenüber wieder mobilisiert. Diese

Reaktionen liefen in einen Todeswunsch gegen den Vater aus. Die Wunschformel hieß: „Wenn du mich nicht liebst wie damals die Mutter, so sollst du sterben." Die Bewußtlosigkeit des Vaters und Krämpfe, die er hatte, waren eben das assoziierende Verbindungsglied zu jener ersten infantilen Szene. Der abgewehrte Todeswunsch gegen den Vater entsprach der regressiven Wiederbelebung des infantilen Wunsches, den Vater zu „kastrieren".

Der Ausbruch der Neurose erfolgte nach einem realen, sexuellen Angriff von Seiten des Geliebten. Die Eltern sollten sie wohl vor der jetzt real begründeten Gefahr „auf der Straße", d. h. außerhalb des Hauses behüten. Deren Rolle als Begleitpersonen ist aber damit nicht erschöpft. Sobald die Patientin in die Versuchungssituation (d. h. außerhalb der Obhut des elterlichen Hauses) gerät, werden ihre sonst gut in Verdrängung gehaltenen Triebregungen mobilisiert.

Diese Regungen haben, wie wir bereits früher gesehen haben, einen ausgesprochen masochistischen Charakter. Die durch die Fixierung festgehaltene infantile Mutterbeziehung, zu der die Patientin regredierte, beruhte ja, wie wir gesehen haben, auf einer masochistischen Identifizierung mit der Mutter. Diese Identifizierung hatte zur Folge, daß auch die gegen die Mutter gerichtete Aggression sich gegen das eigene, durch die Identifizierung veränderte Ich wendet und für das Ich zur größten Gefahr wird.

Die aggressiven Tendenzen gegen den versagenden Vater hatten sich besonders klar am Übertragungsverhältnis zu Dr. X. dokumentiert. Das Entgegenkommen des Analytikers, die Hoffnung auf seine Liebe hatten aber die Aggression gemildert und dies schien die Patientin angstfrei gemacht zu haben. Die eintretende Versagung hatte dann die ganze sadistische Racheeinstellung wieder mobilisiert und der Angst einen Inhalt gegeben, der der unbewußten Ursprungsstätte näher gelegen war. Die Art des Todes, zu der der Analytiker verurteilt wurde, hatte nämlich ganz dem Eindruck entsprochen, den die Patientin vom Anfall des Vaters davontrug. Diese Todesart entsprach auch derjenigen, die sie in ihrer Straßenangst für sich befürchtete.

Der ganze, gut verdrängte Inhalt wird nur unter bestimmten Bedingungen mobilisiert. Fern von den Eltern wird die z. T. real, z. T. symbolisch als „Versuchungssituation" erlebte Straße zu dieser gefahrbringenden Bedingung. Wir können nun verstehen, warum die Angst vor den inneren Gefahren vermindert wird, wenn sie die Eltern mitnimmt. Der scheinbare Schutz vor den äußeren Gefahren der Straße ist doch nur eine plumpe Rationalisierung für die unbewußten Gefahren ihres Innenlebens. Die Anwesenheit der Eltern schützt sie nicht nur vor der Erfüllung der verbotenen sexuellen Wünsche, aber auch vor der Aggression gegen die verbietenden Eltern, die in der Situation der sexuellen Versuchung stärker wird und durch die Anwesenheit und zärtliche Fürsorge der Eltern sichtlich kompensiert und gemildert erscheint. Somit ist auch die Todesgefahr, in die das masochistisch mit der Mutter identifizierte Ich durch die Verstärkung der Aggression geraten ist, auch geringer und die Angst schwächer geworden.

Die zweite Patientin, über die ich jetzt berichten will, ist eine etwa 40-jährige, kleinbürgerliche Frau, Mutter von drei Kindern, bis dahin praktisch gesund. Die ältere Tochter, ein siebzehnjähriges Mädchen, von der Mutter in streng bürgerlicher Moral gehalten, fängt an, sich für Männer, Liebe und für das alles zu interessieren, was eben für ein Mädchen in ihrem Alter von größter Wichtigkeit ist. Die Mutter fühlt sich durch diese Tatsache beunruhigt, und scheinbar gewährend, spioniert sie fortwährend ihrer Tochter nach, umspinnt ihr harmloses Liebesleben mit Neugierde und erfährt aus dem Tagebuch der Tochter, das sie „zufällig" findet, daß diese am Beginn einer Beziehung zu einem Mann steht, für den sie selbst (die Mutter) ein gewisses Interesse hegte. Nun setzt die Neurose bei der Mutter ein. Die ganze bewußte und unbewußte Phantasietätigkeit der vorklimakterischen Patientin steht unter dem Zeichen der Wiederbelebung der Pubertät. Es entstehen in der alternden Frau die für die Pubertät charakteristischen Deflorations-, Vergewaltigungs- und Dirnenphantasien, also Phantasien von allen jenen Gefahren, die sie eigentlich als besorgte Mutter für ihre Tochter befürchten müßte. In diesen

verpönten und abgewehrten Wunschregungen der Patientin selbst ist eine Identifizierung zwischen ihr und der Tochter hergestellt. Gleichzeitig wird diese Tochter zur gehaßten Konkurrentin, gegen die sich die ganze, einst der eigenen Mutter und jetzt der Tochter geltende und unterdrückte Rachereaktion der Patientin richtet. In der fast bewußten Vorstellung der Patientin steht die Tochter ihrem Glück genau so im Wege wie einst in der eigenen Kindheit die Mutter. Die Patientin pflegte zu erzählen, daß sie von ihrer Mutter ganz anders erzogen wurde als die „modernen" Mädchen. Sie durfte nie ohne Obhut ausgehen; ihr Liebesleben wurde streng bewacht. Dieselbe Situation der Bewachung wiederholt sie in ihrer Platzangst. Sie kann, von Todesangst gequält, nicht allein gehen. Als Begleitperson kommt eigentlich nur diese Tochter in Betracht, aber die Realität erlaubt die Durchführung dieser Bedingung nicht, so daß die Patientin auf das Ausgehen meistens verzichten muß.

Hier ist die Rollenverteilung außerordentlich durchsichtig. Die Tochter soll aufpassen, daß die Mutter ihren Triebregungen nicht unterliege, jenen Regungen eben, in denen die Identifizierung mit der Tochter besteht. Zu den Triebgefahren gesellt sich bei unserer Patientin der aggressive Beseitigungswunsch gegen die Konkurrentin, der durch die stattgefundene Identifizierung gegen das Ich wütet. Somit paßt die Mutter auch auf die Tochter auf, u. zw. besteht die Gefahrsituation für die Tochter nicht nur in ihrer erwachenden Sexualität, die die Mutter beschützen muß, sondern auch in den unbewußten aggressiven Regungen der Mutter. So hat die Tochter als aufpassende Instanz auch die Rolle des Über-Ichs übernommen, der verbietenden und drohenden Obhut, die einst die Mutter der Patientin innehatte. Wir sehen hier einen analogen Vorgang wie in dem früher geschilderten Fall. Die Begleitperson wird zum „beschützten Beschützer". Der Umstand, daß *das Objekt der Identifizierung, gegen das sich die Aggression wendet, zur schützenden Begleiterin* wird und seine Obhut als *liebende* und *nicht drohende* Instanz ausübt, kann *die Todesangst zum Verschwinden bringen.* Der Identifizierungs-

vorgang einerseits, die Todesdrohung gegen das eigene Ich andererseits sind passagèrer Natur und an die Versuchungssituation des Außerhauseseins gebunden. Es ist zu bemerken, daß die Angstgefühle der Patientin anfangs nur an einen bestimmten Teil ihres Weges vom Hause weg gebunden waren, an einen Pfad längs eines Zaunes, hinter dem sie häufig Männer ihre Notdurft verrichten sah. Ich betone das darum, weil ich den Eindruck gewonnen habe, daß in der Determinierung der Straßengefahren exhibitionistische Tendenzen eine wichtige Nebenrolle spielen. Bei der Wiedergabe der nächsten Krankengeschichte werde ich noch darauf zurückkommen.

In dieser dritten Krankengeschichte handelt es sich um eine 27-jährige Frau, die seit drei Jahren verheiratet ist. Sie war das mittlere von drei Kindern. Dem um zwei Jahre älteren Bruder gegenüber befand sie sich in der frühesten Jugend in einer besonderen Neideinstellung (Penisneid). Gegen die zwei Jahre jüngere Schwester war ein stark oral betonter Neid vorhanden. Beides schwer belastende Haßrelationen. Als sie 4½ Jahre alt war, starb der Bruder an einer Blinddarmoperation. Dieser Tod fixierte in ihr die schwersten Schuldgefühle, umsomehr, als sich an ihn weitere entscheidende Ereignisse knüpften. Vor allem erlebt sie damals eine große Enttäuschung an der Mutter, die sie durch den Tod des Bruders, statt zu gewinnen, verliert. Die Mutter zieht sich, ganz der Trauer hingegeben, von der Familie zurück, bewohnt allein ein Dachzimmer und bringt durch diese Trennung die kleine Tochter in eine von dieser sicher erwünschte, aber gefahrvolle Situation. Die Kleine schläft nun im Bette neben dem Vater und kann ein ganzes Stück weit ihre Ödipusphantasien realisieren. Als die Mutter dann nach einem Jahr wieder das Familienleben aufzunehmen versucht, begegnet sie bereits bei der Kleinen neurotischen Reaktionen auf diese Vorfälle. In der Latenzzeit treten dann weitere neurotische Schwierigkeiten auf: Gewitterangst, Erdbebenangst und allerlei kleine Konversionssymptome, die in der Analyse als Schwangerschaftsphantasien erkannt wurden. Schon in der Vorpubertät hörte sie von Frauen, die in der Nacht auf die Straße gehen und etwas „Schreckliches" machen, und war am Abend

nicht zu bewegen, vom Hause wegzugehen. Die Vorstellungen von diesen Frauen verdichteten sich mit der die Mutter entwertenden Phantasie und machten die Mutter zur Dirne.

Zwei Erinnerungen aus der Latenzzeit spielten in der Analyse eine große Rolle. Die eine bezog sich auf einen Angstanfall auf der Straße, als sie auf Befehl der Mutter eine Dame, der sie Obst vom Garten gestohlen, um Verzeihung bitten sollte. Sie fügte sich diesem Befehl mit Wut, konnte ihn aber nicht ausführen, weil sie unterwegs von Herzklopfen und Zittern befallen wurde. Sie erkannte selbst, daß es sich damals um eine unterdrückte Haßeinstellung gegen beide Frauen handelte.

Die andere Erinnerung knüpft an den Inhalt einer Erzählung „Die Turmwächterin“ an:

In einem Leuchtturm verrichtet eine Frau die Dienste einer Wächterin, deren Aufgabe es ist, den Schiffern auf dem Meere Warnungssignale zu geben. Sie wohnt dort einsam mit ihrem kleinen Töchterchen. Eines Tages findet das kleine Mädchen die Mutter oben im Turme tot auf dem Boden liegen. Die Frau ist an einem Herzschlag plötzlich während der Verrichtung ihrer wichtigen Pflichten gestorben. Das mutige Kind übernimmt geistesgegenwärtig die Aufgabe der Mutter und rettet heldenhaft die gefährdeten Schiffe.

Seit der Lektüre dieser Geschichte wird sie jedesmal, wenn die Mutter vom Hause weggeht, von heftigster Angst befallen und steht beim Fenster oder beim Tor, bis die Mutter kommt.

In außerordentlich charakteristischer Weise sagte die Patientin: „Ich weiß nicht, habe ich Angst um mich oder um die Mutter gehabt.“ Der Inhalt dieser Angst läßt sich aus dem Inhalt der Lektüre entnehmen. Dort übernimmt das kleine Mädchen die Stelle der Mutter. Der Tod der Mutter ist aber bei der Patientin selbst die Bedingung für eine unbewußte Wunscherfüllung.

Dabei ist die Rolle, die die Patientin in Vertretung der Mutter zu spielen sucht, mit derselben Entwertung und Erniedrigung ihrer eigenen Person verbunden, die der Mutter gegolten hat. Die Erfüllung dieser unbewußten Wünsche wird die Patientin selbst

zur Dirne machen, wie sie es in ihrer Phantasie mit der Mutter getan hat.

Wir erinnern uns an die infantile Situation, die sicher die traumatische Basis ihrer Neurose war. Das kleine Mädchen wurde damals von der geliebten Mutter, an der sie sehr gehangen hatte, verlassen, ein Trauma im Sinne des Objektverlustes. Die Mutter überließ ihr dabei den Platz neben dem Vater, d. h. sie setzte das Kind der Gefahr der Erfüllung seiner unbewußten Wünsche aus, die in die Identifizierung mit der Mutter münden.

Als die Mutter aus der Emigration zurückkehrt, ist schon alles im kleinen Mädchen auf die Rivalität eingestellt; es wäre ihr nur unter einer Bedingung möglich, ihren Platz zu behaupten, wenn, wie bei der Turmwächterin, die Mutter stirbt. (Die Analogie ist sogar noch durch Ortsverhältnisse gegeben: Dachkammer — Turm.) Gerät die Patientin im späteren Leben in Situationen, in denen ihre verdrängten libidinösen Tendenzen — auch bei ihr von masochistischem Charakter — erfüllt werden könnten, dann ruft sie die Mutter aus der Verbannung, nicht nur damit diese die Erfüllung der Wünsche verhindere, aber auch, damit jener Todeswunsch, der damals gegen die verhütende, bezw. störende Mutter aufgetreten ist, an der Patientin selbst nicht in Erfüllung gehe. Das Angstsignal ihrer Agoraphobie entpuppt sich eben in der Analyse als der alte Ruf nach der Mutter.

Kehren wir zur Krankengeschichte zurück! Schon in der Schulzeit steht sie in sentimentaler Liebesbeziehung zu einem Schulkameraden. Später dann als 18jährige lernt sie ihren zukünftigen Mann kennen, der einen starken sexuellen Eindruck auf sie macht und um sie wirbt. Die häusliche Atmosphäre ihrer Kindheit war aber ungeheuer asketisch und bigott. Die Mutter hatte nach dem Tode des Sohnes sichtlich eine neurotisch gefärbte Askese auf sich genommen; mit dem eigenen Verzicht wurde sie äußerst sittenstreng und belegte alles Sexuelle mit strengstem Verbote. In der Patientin entsteht nun ein Konflikt, als sie durch ihre Empfindungen für ihren späteren Mann in den wunschlosen Beziehungen zum ersten

Freunde gestört wird, zu denen sie schon früher die mütterliche Erlaubnis bekommen hatte. Daraus wurde ein Befehl: man muß seiner ersten „idealen" Liebe treu bleiben. Patientin kann sich nach keiner Seite hin entschließen. Die Beziehung zu ihrem Mann steht deutlich unter dem Verbote, auch äußerlich, denn er ist ein Atheist im Gegensatz zur frommen Mutter. Der Konflikt nimmt neurotischen Charakter an und die Patientin versucht einen Ausweg zu finden. In ihr entsteht bereits die Vorstellung, sie würde den Freund, wenn sie die Beziehungen zu ihm löst, töten, d. h. sie trachtet bereits den Störer ihrer Wünsche „wegzuhaben wie einst den Bruder". Sie unterzieht sich (sichtlich zur prophylaktischen Entlastung des Schuldgefühls) derselben Operation, der der Bruder erlag. Dadurch gelingt es ihr, einen Entschluß zu fassen: sie löst sich vom Freunde los und verlobt sich glücklich mit ihrem späteren Mann. Jetzt bricht die Platzangst aus. Als sie an einem Sonntag eine mütterliche Freundin (die Patientin lebt fern von der Heimat) besuchen will, um sie von ihrer Befreiung zu benachrichtigen, wird sie unterwegs von dem Gedanken beunruhigt: „Wie wird die Freundin mein Vorgehen beurteilen?" Sie kommt, in Gedanken vertieft, in eine ruhigere Straße und wird plötzlich von angstvollen Gefühlen überrascht: „Jetzt werde ich hilflos zusammenfallen." Sie kann nicht weiter. Sie läßt die Freundin benachrichtigen, in deren Begleitung sie den Weg beenden kann.

Was ist geschehen? Der Bruch mit dem Spielkameraden hatte ihre Schuldgefühle schwer belastet und die Reminiszenz an den Tod ihres Bruders hervorgerufen. Durch diesen Bruch hat sie sich die Möglichkeit verschafft, ihre sexuellen Wünsche zu befriedigen, wie damals, als sie nach dem Tode des Bruders neben dem Vater schlafen durfte. Alle ihre Wünsche bekommen jetzt einen infantilen Charakter und sind mit schweren Verboten belegt. Wie damals, wird ihr nun die Mutter ihre Liebe entziehen und sie in der sexuellen Gefahr verlassen. Wie damals, wird auch jetzt der Todeswunsch gegen die Mutter wach. Wie sie in der ersten, infantilen neurotischen Situation, die ich erwähnt habe, auf die Mutter wartet,

so kann sie jetzt nicht weitergehen ohne den Schutz der Mutter und Entlastung des mörderischen Schuldgefühls gegen diese. Deshalb muß die Freundin als Mutterimago ihre Wege begleiten.

Die Neurose stabilisiert sich als typische Agoraphobie. Auf Anraten der Ärzte heiratet sie, aber der Zustand wird eher schlimmer. Das einzige was sie gewinnt, ist, daß sie in der Person des Gatten die Begleitperson findet, die sie durch ihre Symptome quält und an sich fesselt. Beim Koitus traten bald schwere Angstzustände und Vaginismus auf.

In der analytischen Behandlung entwickelte sie eine starke „Übertragungsneurose", die mir durch die reichhaltige Beziehung zu meiner Person einen guten Einblick in die Erkrankung zu gewinnen erlaubte.

Die erste Phase stand unter dem Zeichen der „negativen Übertragung": Ablehnung der Genesung bei mir und Mißtrauen gegen meine Toleranz. Wie kann ich Analytikerin sein, wenn ich meiner eigenen Tochter — wie sie phantasierte — nichts Sexuelles erlaube? Jede Geste von mir empfand sie als Verbot und schwankte zwischen absolutem Protest und sklavischem Gehorsam. Meine Deutungen nahm sie immer voll an, aber es ereignete sich, daß sie oft, bevor sie z. B. einen auffallend bestätigenden Traum erzählte, zu lachen anfing und dann eine Viertelstunde nicht aufhören konnte. Es war klar, daß sie mich, scheinbar akzeptierend, mißtrauisch verspottete.

Wenn ich ihr einen Rat gab, z. B. sich bei einer Frauenärztin untersuchen zu lassen, geriet sie in ein zwanghaftes Schwanken, mußte gehorchen und konnte doch nicht hingehen. Eines Tages forderte ich sie wirklich auf, nicht, wie gewöhnlich, im Auto, sondern zu Fuß zu mir zu kommen. Sie nahm doch unterwegs einen Wagen, aber diesmal wurde sie, entgegen der Gewohnheit, auch im Auto von intensivster Angst befallen, und zwar von der Angst, daß sie jetzt für das Überschreiten meines Gebotes mit dem Tode bestraft würde. Auf der Stiege bemächtigte sich ihrer das Gefühl, mir sei etwas geschehen. Während der Behandlungsstunde bekam sie zum ersten Mal

einen Angstanfall, der allmählich in einen typischen, tonisch-klonischen hysterischen Anfall überging. Sie fiel zu Boden. Am Ende des Anfalls kniete sie vor mir nieder und sagte: „Verzeihen Sie mir." Als ich sie fragte, was ich ihr denn zu verzeihen hätte, sagte sie: „Diese Wut." Es war ihr klar geworden, daß der Anfall eine Wutentladung war.

An diesem Tage ging sie nach sieben Jahren zum ersten Mal vollkommen angstfrei weg. Es ist zu bemerken, daß sie bis dahin nie hysterische Anfälle hatte.

Die nächsten paar Tage verliefen ebenfalls fast vollkommen angstfrei. Das gelang ihr dadurch, daß sie ein Zeremoniell fand, in dessen Zentrum meine Person stand. Sie gesellte sich im Gehen auf der Straße Frauen zu, in denen sie eine Ähnlichkeit mit mir finden konnte. Schien ihr eine „schwächlich", so mied sie ihre Nähe, denn diese Frau könnte „zusammenfallen". Oder sie hielt sich stundenlang bei meinem Haus auf und blieb dann ohne Angst. Eine Visitenkarte, die sie von mir hatte, benützte sie als Talisman, als Stück von mir selbst. Die Pensionsinhaberin, die ich ihr empfohlen hatte, riß ein Stück Übertragung an sich. Mit dieser Dame ging sie aus, aber doch unter Beklemmungsgefühlen, denn sie hatte Angst, die Begleiterin könnte auf der Straße zusammenbrechen. Der Weg zu mir war, soweit ihre Angst mitspielte, in zwei Hälften geteilt. Die erste war angstvoll, in der Mitte gab es „ein Loch", vor dem sich die Angst vervielfachte, von da an kam die gefahrlose Zone.

Mit der Zunahme der positiven Übertragung steigerte sich die Angst, ich könnte sie doch hinauswerfen, wenn ich auf alles daraufkommen werde. Dann brachte sie Phantasien, in denen ich alle ihr selbst verbotenen Dinge mache. Sie phantasierte z. B., daß ich in geheimnisvollen Beziehungen zu Männern stehe, mit meinen männlichen Patienten Verhältnisse habe, mich vor ihnen nackt ausziehe und eines Tages gestand sie mir unter starken Widerständen, sie habe die Idee, daß ich während der analytischen Stunde masturbiere. Alle diese Beschuldigungen waren das Spiegelbild ihrer eigenen Wunschphantasien und stellten eine Identität von uns beiden durch

ein gemeinsames Schuldmotiv her. Sie sah mich aber auch in einem anderen Lichte, als hypermoralischen und sich kasteienden Menschen, ein Bild, das ihrem eigenen asketischen Ichideal zusagte. Diese Spaltung meiner Person deckte sich mit dem Doppelbild, das sie sich einst von der Mutter gemacht hatte und mit der sie sich in zweifacher Weise identifiziert hatte, einerseits in allen verbotenen der Mutter zugetrauten sexuellen Handlungen, andererseits in deren strengen Verboten, die nun in ihrem Über-Ich wirkten. Auch der rachedürstende Todeswunsch gegen mich war — wie die Analyse ergab — das Zeichen der Auflehnung gegen die Mutter und wandte sich daher in der Todesdrohung gegen das eigene Ich.

Diese Identifizierung zwischen mir und der Mutter trat besonders klar in einem charakteristischen Traum auf.

Sie liegt auf einem harten Gestell, die Füße gegen eine Feuerstelle gerichtet, die ein Mittelding zwischen Ofen und Gasherd ist. Das Schlafgestell besteht aus zwei zusammengeschobenen Sesseln, die auseinandergerückt sind, so daß sie mit einem Teil ihres Rückens gleichsam in der Luft hängt. Unterhalb dieser Rückenpartie steht am Boden eine brennende Kerze. Sie muß den Rücken immer im Halbbogen heben, um nicht verbrannt zu werden. Dabei hat sie Herzklopfen und Angstgefühle.

Die Assoziationen zu diesem Traum führten sie in jene Gefahrsituation, in die sie, nachdem ihr die Mutter das Bett an der Seite des Vaters überlassen hatte, geraten war. Sie erinnerte sich, daß der sichtlich zwangsneurotische Vater immer vor dem Schlafengehen mit der Kerze unter ihr Bett zu leuchten pflegte. Die Bewegungen, die sie im Traume ausführte, waren die Wiederholung des typischen arc de cercle, den sie in ihrem Anfall in der analytischen Stunde produziert hatte. Die Feuerstätte bei den Füßen stellte eine Verdichtung zwischen einem Ofen im Behandlungsraum und einem Küchenherd in ihrer Elternwohnung dar. An diesem Herd pflegte sie auf Wunsch der Mutter das Frühstück zu kochen, wobei sie immer eine intensive Angst vor Mäusen hatte, die aus den Löchern unter dem Herde zuweilen herauskrochen.

In diesem Traum sind in den Bewegungen auch onanistische Regungen erkennbar, für die sie die Schuld ebenso wie für die auf den Vater gerichteten Phantasien der Mutter zuschiebt. Die Mutter brachte sie doch in diese Situationen, ebenso wie ich, die ihre Phantasien neuerlich bewußt macht.

In einem anderen Traum liegt sie *neben der Mutter im Bett. Sie sieht wie die Mutter onaniert. Sie sucht die Mutter daran zu hindern* und erwacht mit Angstgefühlen. Die Identifizierung zwischen der Träumerin und ihrer Mutter einerseits, mir und der Mutter andererseits wird hier klar, wenn wir uns an die, mir von ihr zugemutete Onaniehandlung erinnern.

Als das Verhältnis zu mir an Angstspannung verlor, hatte die Patientin immer mehr Mut, ihre sexuellen Phantasien zu verraten. Sie hatten durchwegs einen genital-femininen, stark masochistischen Charakter. Die damit verbundenen Geburtsphantasien im aktiven und passiven Sinne waren von weittragender Bedeutung für ihre Platzangst. Hysterische Anfälle, die sie in der analytischen Stunde produzierte, eröffneten mir den Zugang zu den Inhalten, die in dieser Platzangst verborgen waren.

Sie traten z. B. bei der Reproduktion von Angstträumen auf, oder hatten selbst einen traumhaften Charakter, wobei die Patientin nach dem Anfall den Inhalt der Phantasien, die den jeweiligen Anfall begleiteten, immer angeben konnte. Sie entpuppten sich als Darstellungen von Entbindungssituationen. Z. B. träumte sie, *sie befinde sich in einem finsteren Keller; eine Frau verfolge sie, sie werde von einer furchtbaren Angst gepackt, weil es aus dem Keller kein Entkommen gebe. Plötzlich sehe sie aus einem Loch im Kopf Blut fließen; ein Rettungswagen komme, man trage sie hin und — sie ist gerettet.*

Ihre Assoziationen ließen den an sich schon recht durchsichtigen Traum mit Sicherheit als die Darstellung der eigenen Geburt erkennen.

In einem anderen Traum, bei dessen Erzählung ebenfalls ein Anfall auftrat, sieht sie sich *beim Fenster stehen; sie wundert sich, warum sie Angst habe, durch das Fenster durch hinauszuspringen.*

Dann wirft sie eine kleine Puppe durchs Fenster auf die Straße, wird darauf von einem heftigen Angstgefühl gepackt: jetzt müsse sie sterben. — Die lebhaften Jaktationen des ganzen Körpers, die im Anfall auftraten, waren die Abwehrversuche gegen diese Angst. Auch in diesem Traume ist die Geburtssymbolik erkennbar.

Besonders interessant war bei dieser Patientin die allmähliche Umwandlung in eine Anfallshysterie. Mit der Besserung der Beziehung zu mir und mit der Milderung der destruktiven Funktion des nun nachgebenden Über-Ichs verminderte sich wohl die Angst. Jedoch bekam die Patientin jedesmal, wenn mit der Mutterbeziehung zusammenhängende Regungen in der Analyse ausgelöst wurden, einen hysterischen Anfall, aber bezeichnenderweise nur in der Behandlungsstunde.

Diese Anfälle stellten Situationen von ausgesprochen genitalem Charakter (Onanie, Koitus, Geburt, Entbindung) dar. Die Patientin meinte, sie könne sich diese Anfälle bei mir erlauben, denn wenn sie auch in ihnen von einem „Sterbensgefühl" gepackt werde, so wisse sie, daß sie doch nichts zu fürchten habe, da ich dabei bin. Draußen auf der Straße jedoch, scheine ihr, brauche sie die Angst, gleichsam als würde diese sie vor einer Gefahr warnen. Ich glaube, wir können die Begründung der Patientin akzeptieren. Solange die aggressiven Tendenzen ihres Über-Ichs ihr mit dem Tode drohen, müssen die Wunschregungen durch strenge Verbote unterdrückt werden. Wo aber die Spannung zwischen Ich und Über-Ich (d. h. in der analytischen Situation zwischen ihr und mir) geringer wird, können die gewährenden Kräfte sich durchsetzen und sie kann sich die symbolische Darstellung ihrer verdrängten Triebwünsche im Anfall gestatten. Ich glaube, wir können zusammenfassend sagen, daß durch die Korrektur ihrer aggressiven Tendenzen in der Analyse die Strenge ihres Über-Ichs geringer wurde, die genitalen Tendenzen sich durchsetzen konnten und an Stelle der hemmenden Angst die motorische Entladung im hysterischen Anfall möglich wurde.

Wir sehen in diesem Fall die Wandlung einer Neurosenform in eine andere, und zwar einer Phobie in eine Anfallshysterie. An-

schließend daran möchte ich einen anderen Fall berichten, bei dem aus einer Angsthysterie eine Zwangsneurose wurde.

Es handelt sich um ein 20jähriges Mädchen, das einzige Kind reicher Eltern, dessen Vater aber, offensichtlich am Familienleben nicht sehr interessiert, mehr ein Gast im Hause war. Die sehr neurotische Mutter hatte von Anfang an ihre ganze unbefriedigte Liebe dem Kinde zugetragen. Die frühinfantile Mutter-Kind-Beziehung hatte sich so glänzend konserviert, daß das 18jährige Mädchen zur Zeit ihrer Behandlung noch immer mit der Mutter schlief und beim Einschlafen an der Brust oder am Finger der Mutter lutschte. Die Analyse bewegte sich hauptsächlich um dieses Mutterverhältnis und versuchte durch eine „Mutterübertragung" die krankhafte Mutterbindung zu lösen. In der ganzen Behandlungszeit hatte der Vater nur eine Bedeutung gehabt: die eines höchst unwillkommenen Störenfrieds, der sich zeitweise zwischen die Patientin und ihre Mutter zu drängen drohte. Jedenfalls war der Ödipuskomplex in eine Befestigung der Mutterfixierung ausgelaufen.

Die Mutter der Patientin gab die Auskunft, daß diese seit der frühen Kindheit nicht ohne sie bleiben wollte, und sie darum eigentlich seit der Geburt des Kindes dessen Sklavin war. Die krankhaften Erscheinungen hätten aber erst in der Pubertät angefangen. Damals habe die Tochter begonnen unter Angstzuständen zu leiden, wenn die Mutter sich vom Hause entfernte, und zwar weil der Mutter etwas zustoßen könnte, „sie könnte z. B. überfahren werden". Die Mutter habe sie dann immer mit angstvoll gespanntem Gesichtsausdruck am Fenster wartend angetroffen. Sie sah dann die Tochter wie erlöst aufatmen, weil sie wieder lebend heimgekehrt sei.

Dem analytisch Geschulten ist es klar, daß diese überzärtliche Angst den Charakter einer Überkompensierung hatte und als hysterische Reaktionsbildung anzusehen ist. Die Angstsensationen und die Vorstellungen vom Tode der Mutter auf der Straße erinnern an die oben besprochenen Fälle von Agoraphobie, bei denen das Auftreten und Verschwinden der Angst an die Ab- bezw. Anwesenheit bestimmter Personen oder ihrer Vertreter gebunden erschien. Doch ist

hier bei der zuletzt besprochenen Patientin eine andere Rollenbesetzung. Die Angst ist dieselbe, aber die Todesgefahr gilt dem Objekte, während sie in der Agoraphobie dem eigenen Ich gilt. Übrigens haben wir auch bei unserer letztbesprochenen agoraphoben Patientin eine Angstphase gesehen, die ganz denselben Inhalt hatte, wie bei der uns jetzt beschäftigenden Kranken.

Die erste neurotische Äußerung hat also bei unserer Patientin einen hysterischen Charakter. Die Angst bezieht sich wohl auf den drohenden Objektverlust, wobei die Ambivalenz dem Objekte gegenüber im Inhalte der Angst — der Mutter geschieht etwas Schreckliches — bereits deutlich zum Vorschein kommt.

Nach der ersten hysterischen Phase ihrer Neurose erfolgt — wie man im Weiteren sehen wird — eine Wandlung der Symptome im Sinne der Zwangsneurose. In der Analyse konnte man die regressive Erneuerung der sadistisch-analen Tendenzen nach erfolgter genitaler Verdrängung deutlich verfolgen. Vorher tritt noch eine andere, hysteriforme Symptombildung auf. Patientin kann nicht ohne die Mutter auf die Straße gehen, denn in der Zwischenzeit könnte der Mutter (von seiten des Vaters, wie sich in der Analyse herausstellte) etwas „Schreckliches" passieren. Die neue Symptombildung unterscheidet sich von der ersten nur durch die Umkehrung des Ortes. Jetzt ist die Patientin auf der Straße, die Mutter zu Hause. Der Inhalt ist derselbe: Angst vor dem Objektverlust und Rachetendenz gegen das Objekt. Diese Angst um die Mutter ist wieder nichts anderes als Verlustangst, d. h. sie befürchtet, in ihrer Abwesenheit schenke die Mutter ihre Liebe dem Vater. Die Haßtendenzen gegen die Mutter kommen einerseits aus der Enttäuschungsreaktion, andererseits sicher auch aus dem normalen Ödipuskomplex, wenn auch derselbe bei der Patientin durch Regungen der umgekehrten Einstellung stark überlagert ist.

Auch dieses gewandelte, hysterische Symptom steht der Platzangst nahe. Patientin kann nicht allein auf der Straße gehen aus Angst, in der Zwischenzeit könnte der Mutter etwas zustoßen. Die nahe Verwandtschaft liegt hier in der Tatsache, daß auch diese

Patientin Angst bekommt, wenn man ihr die Begleitperson — die Mutter — entzieht. Nur der Inhalt ist verschieden: das Schreckliche droht nicht ihr, sondern der als Begleitung begehrten Person daheim.

Zeigten die Symptome der Patientin bis dahin eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Krankheitsbild der Platzangst, so entsteht im weiteren Verlauf eine Umgestaltung, die einerseits diese Ähnlichkeit verstärkt, andererseits aber noch große Verschiedenheiten hervortreten läßt. Die Patientin kann bereits ohne die Mutter nicht ausgehen, aber zum Unterschied von früher, ist sie auch im Beisammensein mit ihr von heftigster Angst um sie gepeinigt. Sie hält die Mutter krampfhaft eng umschlungen, immer in Sorge, es könnte dieser etwas zustoßen. Zum Schluß bricht der bis dahin gedämpfte Impuls zwanghaft durch. Sie bekommt Angst, *sie* könnte die Mutter unter die Straßenbahn oder unter ein Auto werfen. Diese Zwangsbefürchtung kombiniert sich mit dem zwanghaften Impuls, die Mutter wirklich hineinzustoßen.

Wir sehen also auch in diesem Fall die Wandlung einer Neurosenform in eine andere, wobei derselbe Inhalt — der aggressive Impuls — in der ersten Form verdrängt bleibt und nur eine Gegenbesetzung in der Reaktionsbildung als überängstliche Zärtlichkeit zum Vorschein kommt. Die Angst entspringt hier aus zwei Strömungen, die ineinanderfließen: die eine ist die *Fortsetzung der frühinfantilen Beziehung* und entspricht der Gefahr des Objektverlustes, die andere ist ein Warnungssignal vor der sadistischen Triebregung und bedingt eine weitere *Überkompensierung durch Zärtlichkeit*. Die Anwesenheit des Objektes bildet die angstbefreiende Bedingung. Darin besteht bei unserem Fall das neurotische Symptom, solange es einen hysterischen Charakter hat.

Wir nehmen an, daß im weiteren Verlauf der Neurose durch regressive Vorgänge sadistische, bis dahin verdrängte Impulse zum Durchbruch gekommen sind. Die Gegenbesetzung durch überängstliche Liebe ist sichtlich nicht mehr imstande, das Drängen dieser

Impulse zu verhüten, sie setzen sich zwanghaft als Versuchung zur Mordtat durch, und die Patientin schützt sich jetzt vor der intendierten bösen Tat durch Vorsichtsmaßregeln, die dem Inhalte derselben entsprechen.

Der neurotische Mechanismus steht in diesem Fall der phobischen Angst dadurch nahe, daß hier noch die große Angstbereitschaft vorhanden ist, die ständig zu Schutzmaßregeln drängt, und daß der geringste Versuch, diese zu unterlassen, zu einer starken Angstentwicklung führt.

Im Gegensatz dazu erreicht die Zwangsneurose in der Regel — wie wir später sehen werden — durch ihre Symptombildungen weitgehend Angstfreiheit. Die Zwangsimpulse ebenso wie ihre Gegenbesetzungen entfernen sich vom ursprünglichen Inhalte und das ganze neurotische Gebäude erscheint viel besser organisiert als bei diesem Falle. Doch hat hier das Empfinden des inneren Zwanges und die Angst vor der Ausführung des sich zwanghaft aufdrängenden Impulses einen ausgesprochen zwangsneurotischen Charakter. Die Regression zur sadistisch-analen Phase war, wie wir gesehen haben, in diesem Fall das Motiv zur Symptomwandlung.

Im letzten hier besprochenen Fall von Agoraphobie trat dagegen die Symptomwandlung ein, indem durch günstige Übertragungsbedingungen sowohl die Haßtendenzen wie auch die Strenge des Über-Ichs gemildert wurden.

Aus dem oben beschriebenen Beobachtungsmaterial können wir uns die Beziehung der Platzangst zur Hysterie einerseits, zur Zwangsneurose andererseits folgendermaßen erklären: Wir wissen nach Freud, daß die Phobie, angesichts ihrer Zugehörigkeit zur genitalen Phase, der Hysterie zuzurechnen ist. Es scheint sich dabei — meiner Ansicht nach — regelmäßig um Individuen zu handeln, bei denen der Ambivalenzkonflikt schärfer, die sadistischen Regungen stärker sind, als es sonst der genitalen Stufe entspricht. Durch das Erreichen und Beibehalten der genitalen Stufe kommt es wohl nicht zur Bildung von Zwangssymptomen, aber von der sadistisch-analen Phase aus besteht doch eine Attraktion, die einen

regressiven Schub provozieren kann und eine Umgestaltung der hysterischen Neurose in eine Zwangskrankheit (wie in dem eben besprochenen Fall), oder ein Fluktuieren der Symptome hervorrufen kann.

Unter bestimmten Bedingungen werden verdrängte Regungen mobilisiert und das Verhältnis zum zärtlich geliebten Objekte wird regressiv zur einmal stattgehabten und fixierten Identifizierung erniedrigt. Die unter denselben Bedingungen mobil gemachten, aggressiven Regungen, die gegen dieses identifizierte Objekt gerichtet sind, erleiden infolge der Identifizierung eine lebensbedrohliche Wendung gegen das Ich.

Sie werden später bei der Besprechung der Melancholie eine Ähnlichkeit in dem Vorgange sehen. Dort ist das Objekt introjiziert und das Ich erleidet vom Destruktionstriebe das Schicksal des Objektes: die Todesdrohung und ihre Angstreaktion im bedrohten Ich. Der Unterschied ist, daß bei der Agoraphobie die Identifizierung auf einer höheren Stufe der Libidoentwicklung zustande kommt und somit eine passagère und korrigierbare ist. Sie tritt nur unter bestimmten Bedingungen auf und ist durch ein bejahendes Verhalten des anwesenden und liebespendenden Objektes rückgängig zu machen. Dasselbe trifft auch für die Aggressionsneigung zu, die, in Todesgefahr für das eigene Ich auslaufend, durch Anwesenheit und Schutz des Objektes eine Korrektur erfährt.

Ich halte diese Identifizierung mit dem Objekte, dem die feindseligen Tendenzen gelten, für das Charakteristische der Platzangst. Das Schuldgefühl kann durch den Umstand befriedigt werden, daß in der „Wendung gegen das Ich" das letztere die Todesdrohung an sich erfährt. Die Spannung zwischen dem Ich und den drohenden Instanzen im Über-Ich wird aber erst entlastet, wenn die Anwesenheit des schützenden Objektes bestätigt, daß dieses nicht in Lebensgefahr ist und das angstvolle Ich nicht verlassen hat.

Im letztbeschriebenen Fall konnten wir in der Übertragung die Genese dieser Spannung zwischen Ich und Über-Ich genau verfolgen. Sie spielte sich zwischen zwei Identifizierungen ab: die eine galt

dem erniedrigten Objekte und die gefahrbringenden Triebregungen stellten die Identifizierungsbrücke her: „ich bin so wie du, meine Triebwünsche machen mich dir gleich". Die andere Identifizierung galt dem strengen, verbietenden Objekte, — der asketischen Mutter, — deren Strenge aber immer erst in der Versuchungssituation auf der Straße sich geltend machte.

Als wichtige Nebenerscheinung habe ich stark exhibitionistische Tendenzen beobachten können. Ich möchte nur noch bemerken, daß meine letzte Patientin sich viel angstfreier gebärden konnte, wenn sie auf der Straße die Augen schloß. Von wichtiger zentraler Bedeutung ergab sich mir die passive und aktive Geburtsphantasie, für die das Vom-Hause-weg, das Draußen-in-der-Welt-Sein, eine wichtige symbolische Bedeutung hat.

Die Entbindungsangst als Bestandteil der feminin-masochistischen Phantasie ist ein direkter Erbe der Kastrationsangst, und gerade die Fälle von Agoraphobie ließen mich deutlich dasjenige erkennen, was mir überhaupt für die weibliche Libidoentwicklung charakteristisch zu sein scheint. Das Aufgeben des Peniswunsches geht direkt in den dunklen Wunsch eines schmerzhaften Eingriffes über, und so bekommt der Kastrationswunsch und sein direkter Nachkomme, der Deflorations- bezw. Entbindungswunsch, im Unbewußten des Weibes gemeinsame Repräsentanzen. Die nicht überwundene Kastrationsangst verwandelt sich bei der Frau in neurotische Deflorations- bezw. Entbindungsangst. In der Analyse Agoraphober kann man diesen Umwandlungsprozeß deutlich verfolgen.

Ich habe den Eindruck, daß die feminin-masochistische Geburtsphantasie auch bei männlichen Agoraphoben dieselbe Rolle spielt.

Ob diese Fälle eine volle Klärung der Frage ermöglichen, warum hier die Angst nur auf der Straße auftritt, weiß ich nicht. Natürlich besteht da immer eine Angstbereitschaft, die unter bestimmten, an die Straße gebundenen Bedingungen ausbricht. Diese Bedingungen hatte Freud einerseits im Verlust der schützenden

Obhut des Hauses gesehen, andererseits in den Versuchungen der Straße. Diese Versuchung tritt dort auf, wo das Liebesleben durch regressive Momente zum Dirnentum erniedrigt wird; dies ist vor allem durch die an meinen Fällen deutlich erwiesenen masochistischen Tendenzen bedingt. Ebenso bietet die Straße eine besondere Gefahr für die exhibitionistischen Triebregungen, die in den von mir analysierten Fällen stark vertreten waren.

Als weitere wichtige Determinierung ergab sich mir die passive und aktive Geburtsphantasie. Auch die stark libidinöse Bedeutung des Gehens und der Beine, auf die Abraham aufmerksam gemacht hat, spielt als Nebenbefund sicher eine Rolle.

Wenn wir alle hier besprochenen Fälle von Phobie miteinander vergleichen, so sehen wir ihre Gemeinsamkeit vor allem darin liegen, daß die innere Gefahr nach außen projiziert und an eine Situation oder an ein bestimmtes Objekt gebunden wird. In der Tierphobie wird ein dazu geeignetes Tier zum Träger der Gefahr, in der Platzangst ein Stück des Weltalls. Für das Ich ist dadurch der Vorteil gewonnen, einer unbewußten und dadurch unvermeidlichen Gefahr den Charakter einer realen, also vermeidbaren geben zu können. Durch Erfüllung bestimmter Bedingungen kann das Ich sich die Angstfreiheit verschaffen. Bei der Tierphobie bestanden diese in bloßen Vermeidungen; bei der Platzangst war es die Anwesenheit des Objektes, dem eine abgewehrte Aggression gegolten hat, die die Bindung der Aggression an eine libidinöse Strebung erlaubte und dadurch die angsterzeugenden Gefahren für das Ich verminderte.

DRITTER TEIL

ZWANGSNEUROSE

NEUNTE VORLESUNG

Zwangszeremoniell und Zwangshandlungen

Die Patientin, über die ich heute zu berichten habe, ist eine fromme, katholische Lehrerin, die zur Zeit ihrer Analyse als Novize in einem Kloster Zuflucht vor der Welt gesucht hatte. Der Eindruck, den man bei ihrem Anblick gewann, konnte zur Diagnose eines katatonen Stupors verleiten. Sie lag unbeweglich im Bett, mit zusammengepreßten Beinen, die Hände in starrer Haltung vom Körper entfernt; ihr Gesicht bekam bei jedem Annäherungsversuch einen ängstlich-gespannten Ausdruck. Ihre starre Haltung löste sich nur, wenn es sich darum handelte, eine Berührung ihrer Person oder ihres Bettes abzuwehren. Die Speisen durften ihr nicht gereicht, sondern nur zugeschoben werden und sogar ihre nächsten Angehörigen durften nur nach Reinigungsprozeduren in ihre Nähe kommen. Nachdem ein Kontakt hergestellt war, erfuhr ich sehr bald, daß die starre Haltung, die Einschränkung ihrer Beziehung zur Außenwelt nur durch einen einzigen Gedanken bedingt war. Dieser Gedanke lautete: ihr Körper darf nicht berührt werden, denn er könnte durch die Berührung beschmutzt werden. Mit „Schmutz" sind vor allem sexuelle Dinge gemeint, mit denen die ganze Welt besudelt ist. Ihre Mutter hatte z. B. in einem Geschäft etwas eingekauft. Der Verkäufer hatte die Ware berührt: „wer weiß, ob er selbst nicht mit sexuellen Dingen zu tun hatte oder vielleicht jemandem die

Hand gereicht hat, der seinerseits direkt oder indirekt mit Sexuellem in Beziehung stand". So und ähnlich lauteten ihre fortwährenden Befürchtungen.

Der Zustand, in dem ich die Patientin fand, hatte sich allmählich im Laufe mehrerer Jahre entwickelt und war sozusagen ein asketisches Endstadium von Einschränkungen, die ihre Bewegungsfreiheit immer mehr einengten. Anfangs waren es nur zwanghafte Waschprozeduren und allerlei Zwangszeremonielle vom Charakter der Gebote, Verbote usw. Später gebrauchte sie auch im Verkehr mit ihrer nächsten Umgebung allerlei Vorsichtsmaßregeln und stellte als Bedingung des weiteren Zusammenlebens, daß sich ihre Nächsten vor jeder Annäherung an sie umkleiden oder baden sollten usw. Schließlich hoffte sie vor dem Schmutz der sexuell besudelten Welt hinter die Mauern des Klosters flüchten zu können. Aber auch hier brachten die Besuche des Priesters, die Notdurftverrichtungen der Nonnen, sowie auch ihre eigenen, dieselben Gefahren, vor denen sie sich zum Schluß in den Starrheitszustand, den ich eingangs beschrieben habe, gerettet hatte.

Aus der drei Jahre dauernden Analyse möchte ich kursorisch nur herausheben, was mir zum Verständnis der psychischen Mechanismen einer solchen Erkrankung notwendig erscheint.

Das erste, was ich aus der Kindheit der Patientin erfuhr und was mir auch von ihrer Mutter gleich zu Beginn berichtet wurde, waren Dinge, die in einem schroffen Gegensatz zu ihrem späteren Reinlichkeitszwang standen. Bis zu ihrem zwölften Lebensjahre hatte die Patientin allerlei Neigungen geäußert, die uns eine stark anale und sadistische Disposition verraten. Sie litt an hartnäckiger Obstipation, verbrachte stundenlang ihre Zeit im Klosett, beschmierte gerne die Wände, war meist ungewaschen und hatte, wie sie selbst zugab, bei der Defäkation starke, bewußte Lustempfindungen, für ihren Stuhl das größte Interesse usw. Sie war ein böses Kind, quälte ihre jüngeren Geschwister, riß mit Vergnügen den Fliegen die Flügel aus, war unverträglich mit ihren Spielgenossen und nach dem Ausspruch der Mutter, war sie „böser als der böseste Junge".

Nach dem 12. Lebensjahr kam es zu einer vollkommenen Veränderung ihres Wesens, auf die wir zu sprechen kommen werden.

Vorerst müssen wir die Bemerkung einschalten, daß wir in den Krankengeschichten nicht immer so deutlich und klar den Ursprung der späteren Reaktionen zu sehen bekommen. Gewöhnlich werden Neigungen, wie die unserer Patientin, viel früher verdrängt und durch Reaktionsbildungen allmählich unkenntlich, so daß erst die Analyse diese primären und ursprünglichen Einstellungen zu entdecken und aufzuzeigen vermag.

Der Ausbruch der Neurose unserer Patientin erfolgte im 17. Lebensjahr, jedoch zeigte sich in der Analyse, daß die ersten Spuren ihrer späteren Erkrankung bereits in die Kindheit führten. Im 10. Lebensjahre beginnt sie schon, obwohl selbst schmutzig und noch mit ihren Klosettliebhabereien beschäftigt, gleichzeitig außerordentlich pedantisch beim Aufräumen zu sein. Sie duldet kein Stäubchen am Boden, bemüht sich Papierschnitzelchen aufs sorgfältigste aufzulesen und achtet ängstlich darauf, keine fallen zu lassen. Dafür will sie von der Mutter für ihre Sorgfalt und Sauberkeit belobt werden und fühlt sich unglücklich, wenn es die Mutter nicht tut. Diese Genauigkeit überträgt sie auch auf ihren älteren Bruder. Zuweilen hat sie Angst, er könnte etwas „fallen gelassen haben“, oder sie kontrolliert zeitweise seine Sachen gründlich nach, um festzustellen, ob alles in Ordnung sei. Diese ersten neurotischen Vorzeichen werden weder von der Patientin, noch von ihrer Umgebung als etwas Krankhaftes erkannt. Für uns sind sie bereits Beweise der stattgefundenen Verdrängung. Die Pedanterie beim Aufräumen ist eine deutliche Reaktionsbildung, d. h. eine gegensätzliche Strebung gegen die Unreinlichkeiten, die sie im Klosett begangen hatte und die Freude am Schmutz soll jetzt durch den Reinlichkeitsdrang unterdrückt werden. Die Sorgfalt in ihrem Benehmen und der Wunsch von der Mutter belobt zu werden, deuten vielleicht bereits auf recht schlechte Beziehungen zur Mutter hin und verraten sich als beginnende Reaktion des Schuldgefühls.

Ihre Bemühungen um den Bruder lassen sich auf gewisse,

gemeinsame Erlebnisse zurückführen, von denen sie folgende Erinnerung hat: Als kleines Mädchen wachte sie eines Nachts mit Angst und Beklemmungsgefühlen auf, und fühlte ihren, einige Jahre älteren Bruder in ihrem Bette auf ihr liegend. Mit großer Entrüstung schiebt die Patientin der Mutter die Schuld an diesem Erlebnis zu, weil sie nicht besser auf die Kinder achtgegeben hätte. Überraschenderweise konnte die Patientin in der Analyse überführt werden, daß sie das Kindheitserlebnis in ihrer Erinnerung vollkommen verdreht und verschoben hatte. Nicht der ältere Bruder hatte sie, sondern im Gegenteil, sie hatte den jüngeren, ihrer Obhut anvertrauten kleineren Bruder verführt. Auch der Vorwurf gegen die Mutter zielte ganz wo anders hin. Die Mutter hatte wohl in viel früherer Zeit etwas verboten, das allerdings der Vergessenheit anheim gefallen war. Dieses Verbot bezog sich nämlich auf onanistische Spielereien des kleinen Mädchens und der Vorwurf gegen die Mutter wurde bei dieser neuen, unerlaubten Handlung, der aktiven Verführung des Bruders, reaktiviert und verinnerlicht, d. h. der von früher herrührende Selbstvorwurf der Onanie gesellt sich zum Schuldgefühl, das aus der Tat am Bruder stammte. Der Vorwurf gegen die Mutter, sie habe „zu wenig aufgepaßt", bedeutet eigentlich das Gegenteil, nämlich, daß sie damals bei der Onanie, die sie verboten hat, eben zu viel aufgepaßt habe. Aber der ungerechte Vorwurf sollte eben die Patientin vom Selbstvorwurf befreien. Diesen Mechanismus, sich vom eigenen Schuldgefühl zu entlasten, indem die Schuld der Mutter zugeschoben wird, konnte die Analyse der Patientin in vielen Situationen nachweisen.

Die ersten Kindheitssymptome (Unreinlichkeiten usw.) verschwinden, Patientin bleibt anscheinend gesund, zeigt aber eine typische Charakterveränderung. Sie wird außerordentlich sauber, gewissenhaft, pedantisch genau in allem was sie tut, überzärtlich zu ihren Angehörigen, außerordentlich wahrheitsliebend, bereit aus Mitleid und Nächstenliebe auf alle irdischen Genüsse zu verzichten, korrekt und verläßlich, mit einem Zug von Askese — mit einem Wort, aus dem kleinen Teufel war ein purifizierter Engel geworden.

Eine solche Charakterveränderung stellt eine typische Phase im Leben eines Zwangsneurotikers dar. Es ist eine Charakterbildung, die aus Reaktionen gegen verdrängte anale und sadistische Regungen entsteht. Manchmal macht hier die Neurose halt, es kommt zu keinen Symptombildungen, das Individuum bleibt gesund, sozial sogar sehr wertvoll, und nur der Analytiker erkennt in ihm den verkappten Zwangsneurotiker. Allerdings ist die Liebesfähigkeit, die freie Beweglichkeit der Libido solcher Menschen, nicht sehr üppig und ausgiebig, weil ein großer Teil seelischer Energien dazu verwendet wird, die Spannung der Reaktionsbildung aufrechtzuerhalten, um so dem Verdrängten den Durchbruch abzusperren.

Bei unserer Patientin jedoch macht der Prozeß nicht in diesem Stadium Halt. Als sie sechzehn Jahre alt ist, stirbt der Vater. Die Patientin entwickelt jetzt eine besondere Aktivität. Sie übernimmt zu Hause die Rolle des Vaters, verpflichtet sich, die jüngeren Geschwister zu versorgen und verfolgt dieses Ziel mit größter Energie. Gleichzeitig trachtet sie, die Kinder der Mutter zu entziehen: sie will auch die Rolle d e r M u t t e r bei den Kindern einnehmen. Aus dem alten, dem Ödipuskomplex enstammenden Kampf um den Vater gegen die Mutter soll sie jetzt nach dessen Tode ganz als Siegerin hervorgehen und nun auch die Mutter seiner Kinder werden. Sie benimmt sich so, als wäre sie überzärtlich um die Mutter besorgt und entfernt sie, scheinbar aus Sorge um deren Gesundheit, allmählich von den Kindern. Tatsächlich übernimmt sie die Erhaltung des Hauses und läßt gleichzeitig den Kindern die zärtlichste, mütterlichste Fürsorge zukommen. Ganz diesem Ziel zugewendet entsteht in ihr der Wunsch, den Kindern einen Vater zu geben. Das muß aber ein ganz besonderer Vater sein. Dazu verlobt sie sich mit ihrem reichen Vorgesetzten, obwohl sie scheinbar einem jungen, armen Amtskollegen sehr zugetan ist.

Nun bricht die Neurose mit Symptomen aus. Zuerst kommt es zu einem leichten Schlafzeremoniell: Sie muß mehrmals nachts aufstehen, um nachzuschauen, ob alle sechs Kinder schlafen, ob sie zu-

gedeckt sind, ob sie kein Fieber haben. Dieser für uns klare, durch Überzärtlichkeit kompensierte Todeswunsch gegen die kleinen Geschwister sollte durch seine Erfüllung ihren unbewußten Wunsch, den armen Geliebten heiraten zu können, ermöglichen.

Hier sieht man die grandiose Leistung des Ambivalenzkonfliktes: sie opfert vollkommen freiwillig ihr Lebensglück ihren Geschwistern, ja, man könnte sagen, sie drängt ihnen dieses Opfer direkt auf, um gegen dieselben Objekte einen unbewußten Haß zu entwickeln, der sich zu Todeswünschen steigert. Um diese abzuwehren, bildet sie das Schlafzeremoniell.

Der Kampf gegen die eigenen sadistischen Regungen geht weiter und führt zu neuen Symptombildungen. Alle kleinen Gegenstände in der Wohnung muß sie jeden Abend nachzählen und unter ihrer Bettdecke verstecken, so daß sie selbst nur in unbequemster Haltung zusammengekauert im Bett liegen kann, weil für sie zu wenig Platz übrig bleibt.

Die Analyse macht der Patientin bald bewußt, daß die kleinen Gegenstände eigentlich ihre kleinen Geschwister darstellen. In übermäßiger Fürsorge zählt sie die Gegenstände, d. h. die Geschwister nach, um festzustellen, daß sie noch da sind. Sie macht hier in der Verschiebung auf belanglose Gegenstände dasselbe, was sie früher, in zärtlicher Besorgnis um den Schlaf der Kinder direkt an diesen ausgeführt hat. Eine derartige Verschiebung vom Ursprünglichen auf Belangloses ist für die Zwangsneurose sehr charakteristisch.

Auch die negative, aggressive, zum Beseitigungswunsch gesteigerte Einstellung zu den Geschwistern kommt in diesem Verschiebungszeremoniell zur Befriedigung. Das Verstecken unter der Matratze ist ein symbolisches Begraben und das nachfolgende Zeremoniell an den kleinen Gegenständen ist wiederum ein Gutmachen des Verbrechens. In diesem Zeremoniell müssen nämlich die kleinen Gegenstände aus ihrem Versteck wieder herausgeholt, gewaschen und mit besonderer Sorgfalt behandelt werden, gleichsam um die vorangegangene, das Schuldgefühl belastende Tat, ungeschehen zu machen.

Ich möchte Sie auf die Zweideutigkeit der Symptombildung aufmerksam machen, die hier besonders klar zu sehen ist. Die eine Zwangshandlung dient zur Befriedigung einer unbewußten Tendenz, die andere bedeutet den Schutz vor der ersten, ein Widerrufen, eine Korrektur, ein Zunichtemachen jener. Die Endlosigkeit solcher Zwangsprozeduren ergibt sich aus der Tatsache, daß der Ambivalenzkonflikt des Zwangsneurotikers, d. h. der Kampf zwischen seinen positiven und negativen Regungen nie zu Ende kommen kann, und daher gegen die immer neuen Ladungen aggressiver Tendenzen auch immer neue Reaktionen des Schuldgefühls und neue Schutzmaßnahmen erforderlich werden.

Das Opfer, das unsere Patientin ihren Geschwistern bringen wollte, kommt natürlich nicht zustande. Die Verlobung wird gelöst. Die Patientin vermehrt immer wieder ihre Symptome, die dann so zahlreich werden, daß sie in die qualvollste Abhängigkeit von ihnen gerät. Einige dieser Symptome sind in ihrem Aufbau so klar, daß sie mitgeteilt zu werden verdienen. Sie leidet z. B. unter anderem an schwerem *„délire de toucher"*, B e r ü h r u n g s z w a n g, der letzten Endes auch ihre schwere katatone Stellung im Bett verursacht. Zuerst führt sie ein Berührungszeremoniell aus: so und so viele Male müssen alle Gegenstände in einer bestimmten Reihenfolge berührt werden; ebenso oft muß sie dann ihre Hände waschen, nun geht das Berühren von neuem los, dann kommt das Waschen usw., bis sie endlich ins Bett geht, wo sie erst Ruhe findet, wenn die Decke luftdicht ihren Körper bedeckt.

In diesem Berührungszwang setzt sich ihr Wunsch, das eigene Genitale zu berühren durch, wiederholt also eine in der Kindheit dem mütterlichen Verbote unterworfene Handlung. Ein anderer, ebenso verdrängter, sich zwangshaft durchsetzender und verschobener „Berührungswunsch" gilt dem Genitale des Bruders, in der Reminiszenz an den Verführungsversuch, den ich früher erwähnt habe.

In einer anderen Determinante schließlich entspricht der Berührungszwang dem Wunsche, an die geliebten Personen ihrer Umgebung „Hand anzulegen", also im übertragenen Sinne, diese zu

vernichten. Die Durchführung dieses Wunsches wird deshalb zum Zwange, weil er immer unter der Hemmung der entgegengesetzten Tendenz, nämlich des Verbotes, steht. Durch Verschiebung auf gleichgiltige Gegenstände der Umgebung setzt sich aber doch dieser Wunsch zwanghaft durch.

Auch der Waschzwang war hier mehrfach determiniert. Erstens reinigt sie sich die Hände real nach der vorausgegangenen schmutzigen, symbolischen Berührung des Genitales. Zweitens bekommt auch dieser Zwang einen übertragenen Sinn, indem sie ihre Hände „in Unschuld wäscht".

In diesem aufreibenden Kampfe zwischen „Berührenwollen" und „Nicht berühren dürfen" siegt schließlich das Verbot. Sie darf nichts anrühren, denn alles kann, wie wir eingangs gehört haben, mit Geschlechtsprodukten, mit Stuhl und Urin, „mit Ekelhaftigkeiten" beschmutzt geworden sein. Zuerst handelt es sich nur um die Gegenstände der nächsten Umgebung, dann greift der Schmutz auf alles andere über, bis sie sich, durch solche Einschränkungen gefesselt, nicht mehr rühren kann und in jenen Zustand verfällt, in dem wir sie kennen gelernt haben.

Das Verbot erstreckt sich auf alles, was mit exkretorischen Vorgängen zusammenhängt, also auf Kot und Urin. Alles in der Welt kann irgendwie indirekt mit diesen Dingen zusammenhängen. Somit ergreift das Verbot die ganze Welt. Der Ursprung dieses Verbotes aus der Schutzmaßregel gegen jene Wunschtendenzen, die dahin zielen, die infantile Lust am Analen wiederzubeleben, ist klar, nicht minder deutlich aber können wir beobachten, wie da der Zwang auf die Maßregel selbst übergreift.

Andere Determinanten dieses Berührungszwanges führen zu „Missetaten" ihrer Kindheit, die schwer ihr unbewußtes Schuldgefühl belasten. Diese „Missetaten" waren gar nicht aus ihrem Bewußtsein geschwunden. Die Patientin hatte aber keine Ahnung, daß sie in ihr irgendwelche Schuldgefühlsreaktionen zurückgelassen haben, somit konnte sie auch nicht ahnen, daß diese in ihren Zwangshandlungen zum Durchbruch kamen. Eine solche Lostrennung eines Bewußtseins-

inhaltes von seinem affektiven Bestandteil ist ebenfalls für die Zwangsneurose sehr charakteristisch.

Die Angst vor der Berührung bekommt z. B. eine Zeitlang den Charakter einer Syphilophobie. Zwischen diesem Inhalt des Zwanges und den Kindheitserlebnissen war eine sehr tragische Brücke durch spätere reale Komplikationen hergestellt. Der jüngere Bruder der Patientin, von dessen Verführung durch das kleine Mädchen wir bereits gesprochen haben, hatte, als sie bereits vollkommen erwachsen war, eine luetische Infektion akquiriert und aus Kränkung darüber einen Selbstmord begangen. In der Patientin ist eine Verbindung zwischen diesem aktuellen Ereignis und ihren Kindheitserlebnissen entstanden: zuerst kam eine zwanghafte Idee, sie habe auch Lues und der Bruder habe „irgendwie" die Lues durch ihr Verschulden bekommen. Die Beziehung des Schuldgefühls dem Bruder gegenüber zu jenen Kindheitssituationen war der Patientin unbewußt. Die Lues selbst konnte sie durch die Onanie bekommen haben (wie sie meinte), denn sie erinnerte sich, daß die Mutter ihr einmal gesagt hätte, wenn man das Genitale berühre und dann mit der Hand an die Augen komme, erblinde man. Sie hatte aber später gehört, daß Menschen, die an Lues erkrankt sind, mit der Zeit blind werden. Daß die Bemerkungen der Mutter ein Onanieverbot waren, war ihr unbewußt, aber die Beziehung zwischen dem Schuldgefühl wegen der Onanie und ihrer Syphilophobie einerseits und zwischen der Selbstanklage, an der Krankheit des Bruders Schuld zu tragen, und der aktiven Verführung des kleinen Jungen andererseits, war deutlich in der Analyse herstellbar. Somit hatte die Berührungsangst auch folgenden Inhalt: sie darf nichts berühren, um mit ihren schmutzigen, d. h. onaniebeschmutzten Fingern die Welt nicht mit Lues zu infizieren, wie sie einst den Bruder infiziert hat und so Schuld an seinem Tode wurde. „Sie darf nichts berühren" heißt aber auch, sich aus dem Unbewußten das nachträgliche Verbot zu geben, das Genitale des Bruders nicht anzugreifen, wie damals in der Kindheit.

Am Berührungszwang können wir deutlich zwei Dinge beobachten: Erstens, daß die Beschmutzungsidee einen analen Ursprung

hatte und daß die verdrängten analen Tendenzen, trotz der starken Reaktionsbildungen (Pedanterie, besondere Sauberkeit usw.), von denen wir als Charaktereigenschaften ihrer zweiten Kindheitsperiode früher gesprochen haben, dann doch zu neurotischen Bildungen geführt haben; sie setzen sich dann in der genitalen Phase fort und das Genital-Sexuelle bekommt nun auch den Charakter des Schmutzigen und Beschmutzenden.

Zweitens sehen wir, wie die alten analen und onanistischen Tendenzen zum Durchbruch kommen und wie aus ihrem Verbot eine Maßregel entsteht, die dann selbst zum Zwange wird. (Verbot der Berührung und Waschzwang.)

Ich möchte nun noch einige interessante Episoden aus der Krankheit der Patientin berichten: Als sie etwa 18 Jahre alt war, erkrankte ihre Mutter an einer tödlichen Lungenentzündung. Die Patientin pflegte die Mutter aufopfernd Nächte lang. Nach dem Tode der Mutter entwickelt sich ein intensiver Grübelzwang: ob sie noch einmal mit der Mutter zusammenkommen werde, ob sie der Mutter nicht eine falsche Medizin, die sie vergiften konnte, gereicht habe usw. Die Herkunft des Zwanges ist unschwer zu erkennen.

Im Anschluß an den Tod der Mutter entsteht ein neues Zwangszeremoniell, dessen analytische Deutung besonders interessant ist. Dieses Zeremoniell ließ bei der Patientin eine wochenlang dauernde Schlaflosigkeit entstehen, die erst in einem Sanatorium durch Verabreichung schwerer Opiate überwunden werden konnte. Der Inhalt dieses Zeremoniells war folgender: Die Patientin legt sich nach Absolvierung eines alten, kurzen Schlafzeremoniells, das ihr seit Jahren zu einer belangslosen Selbstverständlichkeit geworden ist, etwa wie ein Gebet, das man bereits automatisch absolviert, ins Bett. Sofort muß sie aber wieder aufstehen und nachschauen, ob die Türe wirklich zu ist und dies etliche Male wiederholen, bis sie sich endlich zu dem Entschluß, sich niederzulegen, aufraffen kann. Sie hat aber den Zwang, diese Prozedur des Nachschauens, ob die Türe auch wirklich verschlossen ist, pünktlich nach Ablauf jeder Stunde zu wiederholen.

Dieses Zeremoniell erwies sich — wie jedes andere — als mehrfach determiniert: es war die Wiederholung ihrer Belauschungen an der Türe des elterlichen Schlafzimmers, aber auch die Feststellung, daß sie ungestört sei und ihren masturbatorischen Wünschen nachgeben könne.

Vor allem aber ging die Schlaflosigkeit aus der Fürsorge für ihre kranke Mutter hervor, der sie sich seinerzeit mit unheimlich großem Eifer hingegeben hatte. So fühlte sie sich damals verpflichtet, alle die Mutter betreffenden ärztlichen Anordnungen mit peinlichster Exaktheit auszuführen und hätte es als eine gefährliche Unterlassungssünde betrachtet, wenn sie die verschriebene Medizin nicht „laut Vorschrift" pünktlich auf die Minute Tag und Nacht verabfolgt hätte. Um diese übermäßige Pünktlichkeit nicht zu vernachlässigen, hielt sie sich während der Krankheit der Mutter immer wach. Sie stand dabei unter dem eigenen tyrannischen Befehl: „wenn du dies nicht tust, wird die Mutter sterben". Welchen Wünschen diese Genauigkeit entgegentrat, ist nicht schwer zu erraten.

Nach dem Tode der Mutter setzt sie das zwanghafte Handeln in einer anderen Form fort. Es war leicht nachzuweisen, daß der Tod ihre frühere Feindseligkeit gegen die Mutter nicht ausgelöscht hatte und, daß sie auch nach dem Ableben der Mutter die Abwehrmaßnahmen gegen den alten Haß fortsetzen mußte. Deshalb muß sie auch jetzt nach dem Tode dem sich selbst erteilten Befehl treu bleiben und darf weiterhin n i c h t einschlafen.

Sie darf es sich ja auch nicht gestatten, aus Angst am nächsten Tag die Augen nicht wieder aufmachen zu können, d. h. blind zu werden. Wir erinnern uns, daß die Idee der Erblindung mit der Onanie verbunden war und mit der Drohung der Mutter zusammenhing: „wenn du die Hand dorthin gibst, wirst du erblinden". Das Schlafverbot lautet also: „Du darfst nicht einschlafen, weil du im Schlafe masturbieren könntest". Hier hat wieder ein Verbot, das einmal unmittelbar von der Mutter gekommen ist, dann zum inneren Verbote wurde, den Charakter eines Zwanges angenommen.

Alle diese Verbote und Gebote werden von der Kranken

masochistisch, selbstquälerisch noch verstärkt und mit der Zeit wird sie vollkommen zu deren Sklavin und ihr Leben zu einer wahren Hölle.

Sie schränkt ihr Dasein noch auf eine besonders komplizierte Weise ein. Im Zimmer darf keine Uhr stehen (bei Zwangsneurotikern übrigens eine häufige Einschränkung), denn sie verträgt das Ticken der Uhr nicht, wird aber von dem Zwang getrieben — wie zur Zeit der Erkrankung der Mutter — immer wieder auf die Uhr sehen zu müssen, um nichts zu versäumen, „sonst geschieht ein Unglück". Sie richtete es deshalb so ein, daß sie von ihrer Wohnung aus die Stunden von einer Turmuhr schlagen hören konnte. Der Versuch, sich von einer zweiten Person zeitweise von dem Stundenwachedienst ablösen zu lassen, scheiterte daran, daß die Patientin dem Zwang verfiel, gespannt auf die Atemzüge ihrer Schlafgenossin zu achten, ob sie nicht etwa aussetzen, und ihre eigenen Atemzüge auf den Rhythmus der anderen einzustellen. Dieses Symptom fand folgende Erklärung: in den letzten Tagen der Erkrankung der Mutter zählte der Arzt den Puls, horchte die Kranke ab und sagte: „es setzt aus, es wird nicht mehr lange dauern". Patientin horchte daraufhin, ob der Atem ihrer Schlafgenossin nicht aussetze als Abwehr gegen den Wunsch „es möge aussetzen". Den alten, gegen die Mutter gerichteten Todeswunsch wendet sie masochistisch als Selbstbestrafung gegen sich. „Wenn der böse Wunsch in Erfüllung geht, so möge ihr eigener Atem gleichzeitig aussetzen"; daher muß sie ihre Atembewegung angleichen.

Sie haben gehört, in welchen Zustand und in welche Beziehung zur Außenwelt die Patientin durch ihre Neurose geraten ist. Die Analyse befreite sie wohl von ihren Leiden, aber es gelang nicht die Gesundete zum Lebensgenuß und vor allem zur Befreiung ihrer verdrängten Sexualität zu bringen. Unter der Bedingung der Askese, als Nonne, die sie nun endgültig wurde, konnte sie praktisch gesund werden. Die Religion bedeutete für sie die geglückte Sublimierung. Sie fand hier sichtlich die Möglichkeit von ihren Schuldgefühlen entlastet zu werden. Die religiösen Gebete

und Bußeübungen wurden zu einem Ersatz für die früher scheinbar „unsinnigen" Zwangszeremonielle. In der neuen Umwelt, die sie sich im Kloster erwählt und geschaffen hatte, konnte sie sich „realitätsangepaßt" fühlen. Sie selbst war mit dem Erfolg ihrer Analyse vollkommen zufrieden. Und der Analytiker? Auch er muß sich zuweilen damit begnügen, für den Kranken Lebensbedingungen gefunden zu haben, für die s e i n e Anpassungsfähigkeit ausreicht.

Wenn wir die Krankengeschichte, den komplizierten Leidensweg der Patientin noch einmal kurz schematisch rekapitulieren, so sehen wir folgendes: In der ersten Kindheitsepoche manifeste, sadistisch-anale Tendenzen. In der sogenannten Latenzperiode starke Reaktionsbildungen in der Charaktergestaltung (Pedanterie, Übergewissenhaftigkeit usw.), aber bereits in dieser Phase die Andeutung von Zwangssymptomen, die zuerst nur wie leichte Verzerrungen dieser Charaktereigenschaften aussehen: der Reinlichkeitsdrang als Reaktion gegen den „Schmutz" der ersten Kindheitsphase, die übermäßige Fürsorge um den Bruder als Reaktion auf die aktive Verführung und die übermäßig zärtliche Werbung um die Mutter als Folge der Unterdrückung feindseliger Regungen.

Zwischen dieser reaktiven Phase mit den ersten Anzeichen der infantilen Neurose und der späteren Erkrankung haben wir Verbindungsfäden herstellen und dabei beobachten können, wie die Reaktionsbildung in dieser Form der Charaktergestaltung, zur Unterdrückung der ursprünglichen, nunmehr verpönten Tendenzen, nicht mehr ausreicht und die Kranke sich bereits viel komplizierterer Mechanismen bedienen muß, um die schweren inneren Konflikte zu bewältigen. Der Ausbruch der Erkrankung, die Bildung der Symptome ist eben der Moment, in dem diese komplizierten Mechanismen in Funktion treten müssen.

Die erste infantile Phase, in der wir die Patientin als sadistisch-anales Kind kennen gelernt haben, müssen wir als d i s p o s i t i o n e l l gegeben betrachten. Was aber war die Ursache der im 10. Lebensjahr einsetzenden Reaktionsbildung? Unter dem Einfluß der Erziehung einerseits, der vorhandenen Entwicklungstendenzen im Ich

andererseits, fing dieses Ich an, selbst mit den lästigen aggressiven und schmutzigen Triebäußerungen unzufrieden zu werden, versuchte sich ihrer durch Verdrängung zu erwehren und baute als Schutzwall gegen die andrängenden oder abgelehnten Regungen eine Reaktionsbildung auf. Warum diese Verdrängung gerade in dieser bestimmten Lebensperiode einsetzte, läßt sich in diesem Fall mit großer Wahrscheinlichkeit nachweisen. Um diese Zeit fand nämlich die verhängnisvolle Verführung des Bruders statt. Dieses Ereignis, das sonderbarer Weise ohne den geringsten bewußten Selbstvorwurf in Erinnerung geblieben ist, hatte doch starke, im Unterbewußten ruhende Schuldgefühle hervorgerufen. Die Auswirkung des — als Folge dieser Handlung entstandenen — unbewußten Schuldgefühls konnten wir ebenso in den ersten Reaktionsbildungen der Kindheit, wie auch in den späteren Krankheitssymptomen beobachten. Bis zum zehnten Lebensjahr der Patientin hatte ihre innere Zensur mit besonderer Milde gewaltet, und das kleine Mädchen konnte sich auffallend lange, vollkommen ungehemmt ihren sadistisch-analen Trieben hingeben. Mit der Verführung des Bruders war sichtlich das Maß überschritten und die kritische Instanz gab ihre tolerante Haltung auf. Einmal von seiner milden Nachsicht abgebracht, scheint der innere Richter sich auch gegen die vergangenen Schandtaten gewendet zu haben, denn wir sehen in einem plötzlichen Schub Verdrängungen und Reaktionsbildungen auf allen Linien auftreten; die einst verdrängte Onanie, die aggressiven Tendenzen gegen die Mutter und Geschwister die schmutzigen Liebhabereien, gegen alles das längst Vergangene tauchen jetzt Schuldgefühle auf, die abgebüßt werden. Eine Zeitlang gelingt es auch, durch Reaktionsbildungen ein psychisches Gleichgewicht herzustellen.

In der Pubertät, bzw. nach dem Tode des Vaters bricht die Neurose in Symptomen aus. Auf den Tod des Vaters reagiert die Patientin mit einer tiefen, aber noch nicht krankhaften Art von Trauer. Sie versucht sich mit dem Toten zu identifizieren, d. h. seine Rolle in der Familie zu übernehmen. Noch eine andere Verlustreaktion verrät die Wiederbelebung der scheinbar jetzt aufgefrischten Ödipusein-

stellung. Sie übernimmt ihren Geschwistern gegenüber auch die mütterliche Rolle und versucht durch eine Ehe mit ihrem Chef den Geschwistern einen Vaterersatz zu schaffen. Das alles bekommt den Charakter des masochistischen Opfers, sichtlich mit dem unbewußten Ziele, dem Über-Ich ein Strafmotiv zu entziehen. Dieses Opfer inauguriert den circulus vitiosus ihrer neurotischen Konflikte. Auf das masochistische Opfer, wahrscheinlich auch auf den Verlust des Liebesobjektes (Verzicht auf den Geliebten), brechen die alten sadistischen Regungen durch und wenden sich gegen die Objekte, denen das Opfer gegolten hat. Diese sadistischen Vorstöße nehmen symbolische und zwanghafte Formen an. Das bereits streng gewordene Über-Ich entfaltet nun seine Tätigkeit und es entwickelt sich jener Kampf zwischen den libidinösen Regungen, die sich in harmlosen, aber endlosen Aktionen durchsetzen wollen, und den verbietenden Mächten, die ebenso endlose Gegenaktionen unternehmen. Man könnte da sagen, daß alle verbotenen und alle verbietenden Geister wach geworden sind. Einmal haben die einen, das anderemal die andern die Oberhand. Alle jemals vollführten oder gedachten Missetaten: die Onanie, die mörderischen Impulse usw. drängen zur Befriedigung in symbolischen Akten. Aber ebenso lehnt sich alles, was an Strenge im Seelenleben aufgebaut wurde, dagegen in symbolischen Widerrufungsversuchen auf. Erinnern wir uns etwa bloß an die endlose Prozedur des Begrabens kleiner Gegenstände und an das nachträgliche Reinigen, Zählen usw.

Was uns noch im Verlaufe der analytischen Beobachtung auffallen mußte, war die Tatsache, daß alle aggressiven Regungen und alle zwanghaften Impulse sich gegen jene Objekte richteten, denen unleugbar und unverkennbar die Liebe, das Positive im Gefühlsleben galt. Es gab keine zärtliche Strömung, keine positive Regung in ihr, die nicht in dauernde und endlose Konflikte mit ihren sadistischen Impulsen geraten wäre.

Ebenso wie ihren sadistisch-analen Triebregungen, die von uns einer Disposition zugeschrieben wurden, liegt diesem, den Objekten zugetragenen Konflikte zwischen Liebe und Haß, eine k o n s t i-

tutionelle Gefühlsambivalenz zu Grunde, d. h. Liebe und Haß kommen hier unzertrennlich zusammengepaart, gleichzeitig und am selben Objekte zur Auswirkung. Die sadistische Aggression hat bei dieser Art von Disposition den Charakter einer libidinösen Strebung und stellt sich somit nicht nur dem Haß, sondern auch der Liebe zur Verfügung.

Wir konnten aber auch sehen, wie die Patientin auf jede aggressive Gefühlsregung mit einer verhütenden oder nivellierenden Gegenhandlung reagierte und erkannten darin den Ausdruck des Schuldgefühls, ein Walten des Über-Ichs. Es war dabei in den Symptombildungen zu erkennen, wie das Ich der Kranken gleichsam unter zwei Feuern stand: auf der einen Seite die unbewußte Triebregung gegen die Objekte der Außenwelt mit ausgesprochen aggressivem, sadistischem Charakter, auf der anderen eine besonders starke, auch aggressive, direkt gegen das Ich gewendete Reaktion von Seiten des Über-Ichs, die das Ich unerbittlich zu Gegenaktionen nötigen mußte.

Aber bereits vor der Erkrankung, in der Phase der charakterologischen Reaktionsbildungen trafen wir auf dieses Schuldgefühl und konnten seine Schicksale im Verlauf der Erkrankung, seinen Ausdruck in den zwanghaften Abwehrmaßregeln verfolgen. Die spätere Entwicklung der Neurose brachte es dann mit sich, daß im zwanghaften Hin und Her zwischen Triebbefriedigung und Verbot die sketischen Tendenzen immer mehr zunahmen, bis schließlich die Symptome, ganz in Abhängigkeit vom Über-Ich, nur mehr den Verboten entsprachen, als deren Folge die ganze Lebensführung der Patientin einen masochistischen Charakter annahm.

Versuchte die Patientin spontan oder auf mein Anraten die Zwangshandlungen zu unterdrücken, so rief sie damit einen schweren Beklemmungszustand hervor, der sich dann allmählich zur Angst steigerte. Sie erbrachte damit den Beweis, daß die Bestimmung ihrer Zwangshandlungen in der Verhütung einer angsterregenden Gefahr gelegen sein mußte. Die Symptome hatten hier also dieselbe Aufgabe wie die phobische Vermeidung, d. h. sie befreiten von einer inneren Gefahr; was aber die Phobie mit Benützung des

Projektionsmechanismus leisten kann, wird hier durch die Auferlegung von Verboten, durch Befehle und durch ein aktives Widerrufen, Ungeschehenmachenwollen des symbolisch bereits Vollzogenen oder Intendierten bewirkt.

Bei der Phobie steht der Angstaffekt im Zentrum des Leidens und in der neurotischen Verarbeitung gilt er scheinbar einer in der Außenwelt befindlichen Gefahr. Diese droht jedoch dem Ich vom Vertreter der inneren Autorität, vom Über-Ich. Die Angst selbst ist die Folge einer inneren Drohung von Seiten dieser Macht, eine mahnende und erfolgreiche Warnung für das Ich, erfolgreich im Sinne der sich ergebenden Angstfreiheit, die aber gebunden ist an die Einhaltung einer bestimmten Bedingung. Diese ist: Triebverzicht! Die zur Vermeidung bestimmte phobische Repräsentanz in der Außenwelt vereinigt in sich ebenso die Triebtendenz, wie auch die verbietende Macht. Die Formel lautet: „wenn du dem Trieb ausweichst, entgehst du der strafenden Behörde". Wir können uns des Eindruckes nicht erwehren, daß auch hier die Strenge des Über-Ichs vor allem den aggressiven Regungen galt, und glaubten in der besonderen Stärke derselben, den Motor zu intensiver Angstentwicklung zu erkennen.

Bei unserer zwangsneurotischen Patientin brachten nun, wie wir gesehen haben, ihre mühevollen, symbolischen Verrichtungen dem Ich einen Gewinn: die ständige Angstbefreiung. Da erwies sich die Leistung der Zwangssymptome erfolgreicher als die der Phobie. Wir hatten aber dabei nicht den Eindruck, daß diese Angstfreiheit etwa auf eine weniger strenge Drohung von Seiten des Über-Ichs, auf seine größere Milde zurückzuführen gewesen wäre. Im Gegenteil, der stärkere Druck von Seiten des Über-Ichs, die ständige und unerbittliche Auswirkung des Schuldgefühls nötigte das bedrängte Ich, sich in seinen Abwehrvorgängen fortschreitend immer besser diesen Mächten anzupassen bezw. unterzuordnen.

In manchen Symptomen unserer Patientin verschoben sich die zurückgewiesenen Triebtendenzen (meist von aggressivem Charakter) auf belanglose Dinge, um dann auf die Forderung des Schuldgefühls

hin durch Gegenhandlungen wieder rückgängig gemacht zu werden. Allmählich bekamen dann die Symptome vorwiegend den Charakter von Befriedigungen des Schuldgefühls, von Bußehandlungen, ohne daß die Triebregung auch nur in einer entferntesten Ersatzhandlung noch zum Vorschein gekommen wäre. Das Ich war da bereits vollkommen wehrlos den Mißhandlungen des Über-Ichs preisgegeben; es nahm das Schuldgefühl wahr, wurde von ihm beherrscht und tyrannisiert. Die genaue Verfolgung der Symptomentwicklung ließ uns erkennen, daß die Auswirkung des Schuldgefühls auch nicht geringer wurde, als von Seiten des Ichs auf sämtliche Triebbefriedigungen und Ersatzbildungen verzichtet wurde.

Es finden sich ebenso Fälle von Zwangsneurose, in denen dieses Schuldgefühl sich weniger aufdringlich verhält, wie solche, in denen es vollkommen das Bewußtsein des Kranken beherrscht und andauernd in Anspruch nimmt. So gibt es z. B. Kranke, bei denen das Schuldgefühl so zum Ausdruck kommt, daß sie sich geradezu mit einer Wache umgeben, um eine mörderische Handlung zu verhüten, oder sich fortwährend von ihrer Umgebung die Zusicherung geben lassen müssen, daß sie diese nicht tatsächlich begangen hätten. Wenn sie sich nicht beobachtet wissen, geraten sie in eine verzweifelte Stimmung, etwas „Schreckliches" angestellt zu haben. Eine meiner Patientinnen, die unter der Zwangsvorstellung litt, sie könnte ihrem geliebten Kinde Gift in die Nahrung mischen, wollte sich einmal unter dem Drucke des Schuldgefühls wirklich der Polizei mit der Angabe stellen, sie habe ihr Kind vergiftet.

In allen diesen Fällen verrät sich die unerbittliche Strenge des Über-Ichs. Wohl haben wir auch bei der früheren Besprechung anderer Neurosenformen die Wirkung des Schuldgefühls gesehen, aber nirgends stand es so vorlaut, so unverhüllt, so gebieterisch im Mittelpunkt des Seelenlebens.

Wir können auf Grund klinischer Erfahrungen sagen, daß das Über-Ich umso strenger wirkt, je aggressiver die unterdrückten Wunschregungen waren, was ich schon früher in der Formel „Aggression gegen Aggression", zusammenfaßte.

Solche Beobachtungen wie die angeführten haben Freud die Annahme nahegelegt, daß es dieselbe Aggression ist, ob sie sich nun als Sadismus der libidinösen Strebung zugesellt, oder ob sie bei deren Unterdrückung vom Über-Ich einverleibt wird und seine Strenge bewirkt. Daß die Triebtendenzen der Zwangsneurose einen sadistischen Charakter haben, ist eine Tatsache. Daher können wir für die Stärke des Schuldgefühls, für die Aggressionen des Über-Ichs im Sinne Freuds die Tatsache verantwortlich machen, daß bei der Unterdrückung der sadistisch-libidinösen Strebung die dabei freiwerdende Aggression dem Über-Ich zugesellt und statt in der Zuwendung zur Außenwelt, nun im Innenleben verbraucht wird.

Diese Annahme liegt ganz in der Richtung der letzten wissenschaftlichen Arbeiten Freuds, in denen er bereits zwei Arten von Trieben annimmt: die Sexualtriebe und die Destruktionstriebe, die in einem Mischungsverhältnis zu einander stehen. Jede Trennung der beiden Triebarten aus ihrer Verlötung, jede „Triebentmischung" bringt ein Freiwerden der destruktiven Tendenzen mit sich, die dann entweder als Aggressionen gegen die Außenwelt gerichtet werden oder eine Verinnerlichung erfahren, d. h. sie wenden sich gegen das Ich, als wäre es ein Objekt der Außenwelt, so daß an Stelle des Sadismus (nach außen) der Masochismus (nach innen) entsteht.

Diese Wendung ist eine Reaktion des Schuldgefühls auf die nach außen strebenden Aggressionen, deren Drosselung zu einem circulus vitiosus führt, in dem sie — ins Über-Ich übergegangen — dieses selbst sadistisch machen, wodurch eine neuerliche Steigerung der inneren Spannung des Schuldgefühls zustande kommt.

Das Mischverhältnis zwischen den zwei angenommenen Triebarten ist umso solider, je höher die Entwicklungsstufe der Libido ist. Wir haben bei der Besprechung der Hysterie — die der genitalen Entwicklungsstufe entspricht — gesehen, daß hier der Ambivalenzkonflikt, d. h. der Kampf zwischen positiven und aggressiv-negativen Tendenzen bei weitem nicht dieselbe Rolle spielt, wie etwa bei der Zwangsneurose, und daß das Schuldgefühl geringer, das Über-Ich milder erscheint.

Unser Verständnis für die Wirkung der Regression erfährt eine Bereicherung, wenn wir erfahren, daß die Steigerung der Ambivalenz, die Zunahme der sadistischen Komponente als Folge regressiver Vorgänge, mit der Triebentmischung zusammenhängt, denn die Trennung der destruktiven Triebe von den libidinösen geht mit diesen Regressionen parallel. Von hier aus verstehen wir auch, warum das Über-Ich umso strenger erscheint, je tiefer die Regression erfolgte.

Zum Verständnis der Phobie möge hier vielleicht noch nachgetragen werden, daß bei ihr sichtlich die Triebentmischung weitgehender erfolgt als bei der Konversionshysterie, und infolgedessen das Über-Ich strenger wird und die Gefahr für das Ich größer. Immerhin scheinen aber die libidinösen Strebungen mit den Aggressionen des Über-Ichs, am projizierten Objekte einen Ausgleich getroffen zu haben, so daß das Schuldgefühl nicht so unerbittlich gegen das Ich wütet, wie bei der Zwangsneurose.

ZEHNTE VORLESUNG

Zwangsvorstellungen

Die Analyse des Falles von Zwangsneurose, den ich heute mit Ihnen besprechen will, ist im Gegensatz zu dem vorangegangenen sehr einfach gebaut, läßt sich leicht und lückenlos rekonstruieren und endigt, wie ich gleich vorausschicken will, nach relativ kurzer Behandlungszeit mit vollkommener Heilung.

Die Patientin, ein 28jähriges Mädchen, kommt in die Analyse mit einem einzigen Symptom: einer einzigen Zwangsvorstellung. Man kann sagen, daß hier die Neurose in statu nascendi von der Analyse erfaßt und der innere Konflikt zur Korrektur gebracht wurde, bevor sich das Leiden dauernd etablieren konnte.

Die Patientin berichtet, sie sei bis vor einem Jahr verlobt gewesen. Die Verlobung ging damals durch die Schuld des Bräutigams in Brüche und wurde auf seinen Wunsch gelöst. Sie dauerte viele

Jahre, denn der Bräutigam zögerte stets mit der Heirat. Als sie in der letzten Zeit die Forderung danach eindringlicher stellte, sei es bereits zu Meinungsverschiedenheiten zwischen ihnen beiden gekommen, wobei der Bräutigam sichtlich immer mehr dem Einfluß seiner Mutter, die sich der Ehe widersetzte, unterlag.

Vor zwei Jahren — also ein Jahr vor dem Bruche — trat die Zwangsvorstellung akut auf.

Patientin stand eines Tages mit dem Gefühl auf, sie hätte geträumt, der Bräutigam sei gestorben.

An sonstigen Inhalt des Traumes könne sie sich nicht erinnern, sie wisse auch gar nicht, ob es ein Traum gewesen sei, oder „etwas dem Traum Ähnliches".

Über diesen Traum oder „Nichttraum" machte sie sich nun die intensivsten Vorwürfe, als würde sie mit dem Träumen etwas sehr Schlechtes begangen haben. Dann kam die Vorstellung, diese Traumerinnerung werde sie immer verfolgen, werde sie nie in Ruhe lassen; sie könne nun nie glücklich werden. Schon aus dem bisherigen ist zu entnehmen, daß der an den Traum geknüpfte Vorwurf sichtlich aus einer inneren Wahrnehmung des Verdrängten kommt und daß der Traum intuitiv als Wunscherfüllung erkannt wurde und sich daher an diese Erkenntnis ein Selbstvorwurf knüpft.

Wir brauchen nicht viel zu deuten: dieser Traum oder „Nichttraum" ist der Durchbruch des gegen den Geliebten gerichteten Todeswunsches in der naivsten Verhüllungsform: „der Traum wird mich verfolgen", was heißen soll: „diesen Wunsch werde ich nicht los, weil er in mir so stark ist", „seinetwegen werde ich mir immer Vorwürfe machen müssen und mich nie mehr von Schuld frei fühlen können". Darauf kommen wir noch zurück.

Abgesehen von diesen Selbstvorwürfen war in dieser Zwangsneurose nicht viel zu entdecken. Wenig Symptome, also auch wenig Gelegenheit zu ihrem analytischen Abbau.

Rückschauend findet man eigentlich auch keine richtigen Zwangsvorstellungen in den früheren Jahren. Nur zwischen dem 6. und 7. Lebensjahr (also in der Zeit, in der gewöhnlich die

Zwangsneurose auszubrechen pflegt), trat im Anschluß an eine harmlose Erkrankung des Vaters eine sichtlich bereits neurotische, sehr intensive Angst um das Leben des Kranken auf. In dieser Angst können wir bereits einen Todeswunsch gegen den Vater, verursacht durch eine Liebesenttäuschung, die sie an ihm erlitten haben dürfte, vermuten. Diese Vermutung hat sich auch später bestätigt.

Sie sehen schon hier die Analogie zum aktuellen Symptom: Todeswunsch d. h. sadistische Reaktion auf die Liebesenttäuschung.

Es stellte sich nun heraus, daß bereits vor dem Ausbruch der Krankheit Vorboten da waren, die die Patientin noch nicht als krankhaft empfunden hatte. Und zwar eine heftige, aber unbegründete Eifersucht auf den Bräutigam, die sich immer gegen einen gewissen Typus von Frauen richtete, der dem Geschmack des Bräutigams absolut nicht entsprach. Gleichzeitig mit dieser sichtlich bereits pathologischen Eifersucht trat eine starke erotische Welle auf, die sich bis zu Zwangsvorstellungen steigerte: die Patientin mußte immer an sexuelle Dinge denken, entkleidete in der Phantasie alle Männer, phantasierte den Koitus mit ihnen, wurde wie besessen von zwanghaften Vorstellungen des männlichen Genitales, das sie fortwährend vor sich sah. Bald darauf trat die Zwangsvorstellung auf, die sie in die Analyse brachte.

Die ersten Wochen der Analyse verlaufen sehr eintönig. Wenig Material, keine Träume, wenig Einfälle. Plötzlich ändert sich dieses Verhalten. Patientin, deren Übertragung bisher kaum merklich war, gerät mir gegenüber in einen glühenden Verliebtheitszustand. Sie produziert die heißesten homosexuellen Liebesphantasien, die bald durch einen ebenso intensiven Haß gegen mich abgelöst erscheinen. Zum Schluß tritt — und zwar in derselben Form wie im ersten Symptom — ein Todeswunsch gegen mich auf: sie „könnte träumen", ich sei gestorben.

Dieser akute Ausbruch der Übertragung war durch einen kleinen Zufall ausgelöst worden. Patientin hatte durch eine zufällig offene Tür in mein Schlafzimmer geblickt. Die Lage der Betten führte ihre Phantasie in das Schlafzimmer ihrer Eltern. Die rasch hergestellte

Identifizierung zwischen mir und ihrer Mutter wurde sofort zum Übertragungsmotiv.

Die Welle der Übertragung und des Zwanges flaut aber bald ab — es tritt eine neue Zwangsvorstellung auf. Sie bekommt Angst mit ihrem (übrigens seit einigen Jahren zum zweiten Male verwitweten) Vater allein in der Wohnung zu bleiben: er könnte sie sexuell mißbrauchen. Sie fühlt sich schließlich nur zur Zeit der Menstruation sicher. Zum Schluß überträgt sie den Inhalt der ersten Zwangsvorstellung gänzlich auf den Vater: sie „könnte träumen, er sei gestorben".

Das ist die ganze Geschichte ihrer Zwangsneurose. Aus diesen paar Symptomen und aus der Übertragung ließ sich eine lückenlose Rekonstruktion der infantilen Geschehnisse herstellen.

Kehren wir nun zum Ausgangspunkt ihrer Neurose zurück. Die Patientin erlebt bei einem realen Liebesobjekt eine Versagung. Die näheren Umstände der Versagungssituation wiederholen mit photographischer Treue die Ödipussituation: den Kampf um den Geliebten zwischen ihr und der Mutter. Hier ist es seine Mutter, die sich störend in die Beziehungen einmischt und die Eheschließung verbietet. Die Patientin wird besiegt und die überstarken Haßtendenzen gegen den Mann, der zu Gunsten der Mutter gewählt hatte, werden stärker als die Liebesregungen. Aus dem Unbewußten drängt sich der Todeswunsch hervor und verwandelt sich nach seiner Verdrängung in eine reaktive Angst um den Geliebten, die den Charakter einer Zwangsvorstellung (Traum) bekommt und als solche bewußt wird. Die Unzulänglichkeit dieser Vorstellung für alle vernünftigen Argumentationen liegt in der Unbewußtheit ihres wahren Inhaltes.

Die Kindheit der Patientin hatte sich besonders schwer gestaltet. In ihrem 4. Lebensjahr, also in einem Alter, das wir als „Blütezeit des Ödipuskomplexes" betrachten, bekam sie, (nachdem die Mutter zwei Jahre vorher gestorben war), eine junge Stiefmutter. Der Kampf um die Liebe des Vaters wurde dadurch unter besonders erschwerte Bedingungen gestellt. In jener Kindheitssituation wurde sie, also

genau wie jetzt, durch die Mutter besiegt. Der Haß gegen die Stiefmutter und die wütende Rivalität waren ihr in der Erinnerung vollkommen bewußt, nur die sexuellen Wünsche, der libidinöse Inhalt dieses Konkurrenzkampfes waren ihr unbewußt geblieben.

Beim Wiedererleben der Kindheitssituation in der Aktualität regte sich der alte, durch die sadistische Konstitution des Mädchens bedingte, übermäßige Haß gegen den Vater und wurde nun auf den jetzigen Geliebten, den sich versagenden Bräutigam, verschoben.

Die Versagung durch den Geliebten, der „reale aktuelle Konflikt" verwandelte sich in einen neurotischen. Die enttäuschte Libido regredierte zur sadistisch-analen Phase und diese Regression mußte — wie wir schon wissen — die starken aggressiven Reaktionen zur Folge haben. Den agent provocateur bei dieser Umwandlung des Konfliktes in eine Neurose bildete die Tatsache, daß die Enttäuschungssituation eine Wiederholung der sichtlich noch nicht erledigten infantilen Versagung war.

Mit der Mobilisierung des Hasses gegen den Geliebten vollzieht sich eine Wendung vom heterosexuellen zum homosexuellen Objekte. Diese homosexuelle Einstellung findet zuerst ihren Ausdruck in der bereits erwähnten, krankhaften Eifersucht, die ziemlich plötzlich bei der Patientin zum Vorschein kommt. Gleichzeitig erfolgt eine heftige Abwehr dieser Homosexualität und die Patientin sucht Hilfe in einer Flucht in die Heterosexualität, die einen pathologisch-zwanghaften Charakter trägt. Die Zwangsvorstellungen vom männlichen Genitale sollten die homosexuellen Phantasien unterdrücken. Man kann sagen, daß die Intensität des Zwangsgedankens an das männliche Genitale eigentlich nur durch die Zurückweisung des Gedankens an das weibliche bedingt war.

In diesem Kampfe gegen die sadistischen und homosexuellen Tendenzen befand sich die Patientin, als sie in die Analyse kam.

Durch den Blick in mein Schlafzimmer konnte sie mich rasch mit der Stiefmutter identifizieren und fand hier das Motiv zu einer heftigen Übertragungsneurose mit den zugehörigen Inhalten. Die beiden ambivalenten Tendenzen Liebe und Haß, deren ewiger Kon-

flikt hier konstitutionell besonders tief verankert war, bekamen eine unheimliche Verstärkung im Sinne der Ambivalenz durch die realen Lebensbedingungen. Die Patientin hatte nämlich zwei Mütter: eine lebende, die sie haßte, und eine tote, die sie liebte. Ihre ganze kindliche Liebessehnsucht wendete sich nach der Enttäuschung am Vater der toten Mutter zu. Aus dem Haß gegen die Stiefmutter und aus der Liebe für die tote Mutter baute sich schließlich ihre Beziehung zum Weibe auf. Nach der Versagung beim Manne verstärkte sich die homosexuelle Beziehung und fand zuerst ihren Ausdruck in einer krankhaften Eifersucht. Diese ambivalente Beziehung zum Weibe konnte in der Übertragung wirkungsvoll ausgelebt, dann auch in der Übertragung günstig erledigt werden.

Der letzte Akt der Neurose: die erotischen Zwangsvorstellungen in Bezug auf den Vater, die Angst, er werde sie sexuell mißbrauchen als Ausdruck ihrer eigenen Wünsche und der — in der Zwangsvorstellung: „er könnte sterben" ausgedrückte — Haß als Todeswunsch, ist auch chronologisch der Ausgangspunkt der Neurose, deren einfaches Gebäude sich folgendermaßen darstellt: Überstarke Liebe zum Vater mit Umwandlung in Haß, entstanden aus der Versagung; Haß gegen die Stiefmutter, Liebessehnsucht nach der toten Mutter; beide ambivalenten Tendenzen in der homosexuellen Beziehung zum Weibe vereinigt; Durchbruch der homosexuellen Regungen bei neuerlicher Versagung durch ein heterosexuelles Objekt, mit sadistischen Racheimpulsen gegen dieses als Wiederholung der beim Vater erlebten Enttäuschung; schließlich Rückwendung zum Vater mit den ursprünglichen gegen ihn gerichteten Liebes- und Haßtendenzen; in dieser Phase findet die Analyse und auch der Heilungsprozeß seinen Abschluß.

Sie sehen, — und das ist ein wesentlicher Punkt, weshalb dieser Fall vor Ihnen aufgerollt wurde, — wie die Patientin in umgekehrter Reihenfolge ihrer Symptome die ganze Geschichte ihres unbewußten Seelenlebens wiederholt, bis sie in ihrem letzten Symptom zum Ausgangspunkte ihrer verdrängten Konflikte gelangt.

Die Patientin ist nach 6 Monaten analytischer Behandlung

symptomfrei entlassen worden, aber — wie wir hinzufügen müssen — ohne charakterologisch wesentlich verändert worden zu sein. Es war jedoch schwer, sie nach dem Abbau ihrer Symptome weiter in der Analyse zu behalten. Soweit sich etwas voraussagen läßt, können wir ihr die Prognose stellen, daß sie wahrscheinlich praktisch gesund bleiben, aber infolge ihrer aggressiven Tendenzen und ihrer ambivalenten, so tief konstitutionell bedingten Beziehung zu den Objekten sicher häufig noch in schwere Konflikte geraten wird.

Unterziehen wir den Fall noch einer theoretischen Überlegung und gehen dabei von jenem seelischen Erlebnis der Patientin aus, das wir „innere Wahrnehmung" genannt haben.

Die Erkenntnis, daß das neurotische Symptom ein Kompromiß zwischen den verbietenden Tendenzen einerseits und den luststrebenden andererseits darstellt, gehört bereits zum ältesten und elementarsten Inventar der analytischen Wissenschaft. Das Symptom dient somit ebenso der Triebbefriedigung wie auch der ablehnenden, asketischen Strebung. Bei der zwangsneurotischen Patientin (der Nonne), die wir eingangs besprochen haben, konnten wir in jedem einzelnen Symptom das Walten dieser gegen einander gerichteten Kräfte aufzeigen. Besonders einleuchtend stellte sich die für die Zwangsneurose typische Zweizeitigkeit der Symptombildung dar. Sie beruht darauf, daß die verpönte Triebtendenz und die verbietende Maßregel nacheinander in Aktion treten (z. B. Gegenstände begraben und sie dann fürsorglich bewachen). Die Unerbittlichkeit des Kampfes erklärt sich daraus, daß der sadistische Impuls, der im Triebwunsch liegt, von einem ebenso grausamen und sadistischen Über-Ich zurückgewiesen wird. Ein anderer Grund für diese Unversöhnlichkeit ist in dem schweren Ambivalenzkonflikt zu suchen, der dazu führt, daß jede positive Wunschregung von schweren Haßgefühlen begleitet wird und daß diese zwei Komponenten der Objektbeziehungen, die positive und die negative, wiederum als zwei Gegner eines unentschiedenen Kampfes gegen einander stehen. Auch dieser Ambivalenzkonflikt ist sozusagen konstitutionell gegeben, denn er ist umso heftiger, einer je ferneren

Vergangenheit der Entwicklung der Libido er angehört. Bei der Zwangsneurose ist die Schwere des Ambivalenzkonfliktes bedingt durch eine Entwicklungsstörung der Libido in der sadistisch-analen Phase, zu der der Kranke regrediert ist.

Nicht alle Zwangsneurosen sind in dieser Richtung gleich. Es gibt Fälle, bei denen sich der Kampf mehr im Vorstellungsleben abspielt (z. B. Grübelzwang usw.), und solche, bei denen der Zwang sich mehr auf motorischem Gebiete äußert, also ins Handeln übergeht. Unsere erste Patientin gehört mehr dem zweiten Typus an, bei der zuletzt Besprochenen stehen eher Zwangsvorstellungen im Vordergrund.

Die Krankheitsbilder der Zwangsneurose können außerordentlich mannigfaltig sein, aber trotz dieser Mannigfaltigkeit sind, wie die Psychoanalyse nachweisen konnte, immer dieselben typischen Mechanismen im Spiele. Die Persönlichkeit des Zwangsneurotikers ist in allen diesen verschiedenen Krankheitsbildern so identisch, einzelne Charakterzüge und Sonderbarkeiten immer aus derselben Quelle kommend, daß man wirklich nur von quantitativen, bzw. formellen Unterschieden sprechen kann. So sind z. B. Zwangshandlungen und Zwangsvorstellungen nur formell different, denn zur motorischen Entladung, die bei der Handlung vor sich geht, ist psychisch kein größeres Energiequantum notwendig wie zur Energie-Besetzung des Denkprozesses eines zwangsneurotischen Grüblers. Wir werden übrigens sehen, daß auch die zwangsneurotischen Charakterzüge denselben Energiekräften entstammen.

Bei der Besprechung der Reaktionsbildungen in der Latenzperiode unserer ersten Patientin haben wir wohl gehört, wie pedantisch in der Sauberkeit, wie peinlich in der Moral und wie liebevoll im Mitleid sie sein konnte. Noch nicht beschäftigt haben wir uns aber bei der Patientin mit Charaktereigenschaften, die auch zum ständigen Inventar der Zwangsneurose gehören und im Charakterbild unserer Kranken nicht fehlten, nämlich Aberglauben, Mißtrauen, Zweifelsucht. Es scheint lohnend, sie einer psychologischen Betrachtung zu unterwerfen.

Sehr charakteristisch für den Zwangsneurotiker sind z. B. seine Berichte über alle jene sonderbaren und unheimlichen Geschehnisse, die ihn zu verfolgen scheinen. Denkt er an jemanden, so kommt gerade der Betreffende daher, interessiert er sich für jemanden wärmer, so muß der Betreffende im Anschluß daran sterben spricht er gegen jemanden eine Verwünschung aus, so geht diese in der schrecklichsten Form in Erfüllung. Alle diese Geschehnisse werden von den Armen vorgebracht, um den Beweis zu erbringen, über welche „Allmacht" ihre Wünsche (insbesondere die bösen) und ihre Gedanken verfügen. Dieses Verhalten hat seine psychologische Motivierung in der Tatsache, daß durch die Zerreißung der inneren Zusammenhänge zwischen den verdrängten unbewußten Wunschregungen und den Schuldgefühlen, die diesen Tendenzen anhaften, eine Spannung im Ich entsteht, für die gierig eine Rationalisierung gesucht wird. Wo es also nicht gelingt, sich vom Schuldgefühl durch Charaktereigenschaften, die wir als Reaktionsbildungen kennen gelernt haben, zu erwehren, kommt es neben den Symptomen oder auch ohne Bildung solcher zu Äußerungen des Schuldgefühls, die der Persönlichkeit des Zwangsneurotikers den Stempel aufdrücken.

So kann ein blinder Aberglaube trotz eines manchmal sehr hohen intellektuellen Niveaus des Zwangskranken und bei voller Kritikfähigkeit für die Albernheiten dieser Narrheit so sehr seine Beziehung zur Außenwelt beeinflussen, daß er andauernd in allen seinen Handlungen von ihm beherrscht ist. Die Ursache dafür liegt einerseits darin, daß der Kranke gewissermaßen zu einer inneren Wahrnehmung seiner unbewußten Regungen gelangt und durch die Wucht seiner aggressiven Tendenzen die Neigung zur Überschätzung der seelischen Vorgänge gegenüber der Realität bekommt, andererseits darin, daß ihn die mahnende Kraft seines Schuldgefühls für die Folgen seiner Wünsche in der Außenwelt verantwortlich macht. Diese abergläubische Behauptung des Zwangsneurotikers, seine Gedanken gingen in der Außenwelt in Erfüllung, hat eine gewisse Verwandtschaft mit dem Projektionsmechanismus des Paranoikers, der die

innere Wahrnehmung eines seelischen Vorganges in die Außenwelt, in seinen Verfolger projiziert.

Hiemit sind wir wieder zu unserer Patientin zurückgelangt. Erinnern wir uns, daß die Traumerinnerung der Patientin und die Befürchtung, der Traum könnte in Erfüllung gehen, auch einer inneren Wahrnehmung des Verdrängten entsprochen hat. Die verdrängte Regung war der gegen den Geliebten gerichtete sadistische Racheimpuls. Die innere Wahrnehmung war die Repräsentanz des Schuldgefühls, das drohend und mahnend die Rolle des inneren Verfolgers übernommen hatte. Warum die Krankheit der Patientin in diesem Stadium halt gemacht hat, warum sich der Impuls als Zwangshandlung nicht durchgesetzt hat oder warum das Schuldgefühl nicht zu zwanghaften Verhütungs- und Strafmaßnahmen geführt hat, läßt sich nicht sagen. Jedenfalls kam ihre Neurose aus denselben Quellen wie die zahlreichen Symptombildungen unserer ersten Patientin.

Eine andere typische Charaktereigenschaft der Zwangsneurotiker ist das M i ß t r a u e n. Hier werden bereits die unterdrückten Haßregungen in die Außenwelt verlegt. Das Individuum verhält sich so, als hätte es nicht die Feindseligkeit in sich selbst, sondern als würde ihm diese von außen zuströmen. Auch hier scheint sich das Schuldgefühl so auszuwirken, daß der dadurch Bedrückte nichts Gutes von Anderen erwarten zu können vermeint.

Eine andere zwangsneurotische Patientin zeigt sehr deutlich in ihren Symptomen diese oben besprochene Projektion. Sie ist von dem Zwangsgedanken besessen, daß sie von ihrer jüngeren Schwester beneidet wird. Ihr Leben ist ausgefüllt von Schutzvorrichtungen gegen diesen Neid der Schwester. Sie darf niemandem gefallen, keine schönen Kleider haben, keinerlei Begabung verraten, um den Neid der Schwester nicht zu provozieren. Sie darf auch niemanden lieben, sich nicht verloben, keine Kinder bekommen, mit einem Wort, sie muß auf alles verzichten, was ihr wünschenswert im Leben erscheint, denn ihre Schwester könnte sie beneiden. Dabei muß sie allerle Zauberworte aussprechen, Aufgaben lösen, sich mühevollen zwang-

haften Tätigkeiten unterziehen, um die Wirkung dieses Neides zu paralysieren.

Wieder ist es aber der eigene gegen diese Schwester gerichtete Haß und Neid, der sich so grausam gegen sie selbst wendet. Die innere Wahrnehmung dieser Gefühle versucht sie hinauszuprojizieren und sie steht ihnen gegenüber, als würden sie in umgekehrter Richtung, von der Schwester zu ihr hinüberströmen. Um sich vor dem Schuldgefühl und der Selbstbestrafungstendenz zu retten, führt sie daher ein vollkommen auf alles Erwünschte verzichtendes Dasein und unterwirft das ganze Leben einem masochistischen Strafzeremoniell.

Zu den typischesten und für den Analytiker unangenehmsten Symptomen des Zwangsneurotikers gehört der Z w e i f e l. Er ist der größte Feind des Genesungsvorganges, indem jedes Stück der analytischen Ergebnisse diesem hartnäckigsten aller Symptome anheimfällt und jede Errungenschaft der Behandlung von ihm angenagt wird. „Ist es wirklich so? Hab ich das richtig erzählt? Hab ich das überhaupt geträumt? Kann mir das helfen?" — und so ohne Ende.

Dieser Zweifel ist der Ausdruck des Ambivalenzkonfliktes, der inneren Unsicherheit: „liebe ich oder hasse ich", der sich von dieser Urfrage, die am Grunde jeder Beziehung des Zwangsneurotikers liegt, auf jede psychische Aktion durch Verschiebung überträgt und sich nicht nur allen Gefühlsäußerungen, sondern auch dem Denkprozeß zugesellt.

Zwischen dem Zweifel und dem Gefühl des inneren Zwanges, der sich in Symptomen kund gibt, besteht ein inniger Zusammenhang. Die Quelle beider ist eben die i n n e r e U n e n t s c h l o s s e n h e i t, die ebenso das Gefühl des Zweifels wie auch einen unheimlichen Spannungszustand, der nach Entladung drängt, hervorrufen kann. Dieser Entladungstendenz steht aber als Folge des nicht ausgekämpften Zwistes zwischen Liebe und Haß eine ebenso starke Hemmung entgegen. Durch Verschiebung auf alles andere wird jeder Vorsatz, jede psychische Aktion gehemmt. Gelingt es aber endlich einen der gehemmten Vorsätze zum Entschluß zu bringen, so muß

dieser mit größtem Kraftaufwand zwanghaft ausgeführt werden und wird so zur Grundlage der Symptome.

Noch ein wesentlicher Inhalt der inneren Unsicherheit des Zwangsneurotikers steht zur Diskussion.

In der Analyse unserer letzten Patientin haben wir eine stark homosexuelle Komponente ihrer Libido kennen gelernt. Die Erfahrung hat uns nun gelehrt, daß bei männlichen Zwangsneurotikern, ebenso wie bei weiblichen, diese unbewußte Homosexualität eine wichtige Rolle zu spielen pflegt. Die innere Unentschlossenheit ist daher nicht nur aus dem Ambivalenzproblem „liebe ich oder hasse ich" erklärt, sondern erstreckt sich auch auf die Wahl des Objektes: „liebe ich den Mann oder die Frau". Freud hat uns im „Ich und Es" gezeigt, wie sehr die konstitutionelle Bisexualität des Menschen bedingt, daß der Ambivalenzkonflikt den Ödipuskomplex viel komplizierter gestaltet als wir früher angenommen haben, daß also „der Knabe nicht nur eine ambivalente Einstellung zum Vater und eine zärtliche Objektwahl für die Mutter hat, sondern daß er sich auch gleichzeitig wie ein Mädchen benimmt; er zeigt die zärtlich feminine Einstellung zum Vater und die ihr entsprechend eifersüchtig feindselige gegen die Mutter" (natürlich auch vice versa beim Mädchen). Wenn zu dieser normalen Komplikation eine Steigerung der sadistischen Tendenzen und somit eine Verstärkung des Ambivalenzkonfliktes hinzutritt, so kann eine weitgehende Unfähigkeit zur Herstellung der heterosexuellen Objektwahl resultieren.

Zu dieser inneren Unentschlossenheit des Zwangsneurotikers, zu der Unfähigkeit, seiner Libido eine bestimmte Richtung zu geben, sich gewissermaßen zu entscheiden, ob er den Mann oder die Frau lieben soll, kommen noch andere Motive, die die Libido in der Richtung der Homosexualität drängen. So schafft einerseits die anale Disposition des Zwangsneurotikers eine passive Einstellung zum Manne im Sinne der passiven Homosexualität, andererseits der starke Bemächtigungstrieb eine aggressive Einstellung zum Manne, die auch einen libidinösen Charakter trägt. Bei der weiblichen Zwangsneurose bringt es die Fixierung in der sadistischen Phase mit sich, daß die

aktiven Strebungen im Weibe intensiver werden und der Männlichkeitskomplex des Weibes von dort seine Verstärkung bekommt. Nirgends ist dieser in solcher Reinkultur zu beobachten, wie bei weiblichen Zwangsneurotikern, bei denen die Neurose bei der Charakterbildung halt gemacht hat.

In der sadistisch-analen Phase haben die Koitusphantasien der Kinder auch einen sadistischen Charakter und in diesem als grausam phantasierten Akte pflegen sich Kinder beider Geschlechter mit beiden Partnern zu identifizieren, mit dem Erleidenden und mit dem Zufügenden, und setzen dann diese doppelte Identifizierung im späteren Leben fort, besonders, wenn — wie es bei der Zwangsneurose der Fall ist — die Libido an die sadistische Phase gebunden erscheint; diese doppelte Identifizierung liefert ihren Beitrag zur Verstärkung der homosexuellen Tendenzen.

Um zum Schluß nochmals auf unsere Patientin zu verweisen, sei erinnert, daß ihr Symptom direkt den Charakter einer „inneren Wahrnehmung" angenommen hatte und aus libidinösen Impulsen wie auch aus Schuldgefühlen entstanden war. Die Patientin hatte im Gegensatz zu Phobiekranken die Gefahr als innere empfunden, ohne den Versuch zu unternehmen, die Angst vor dem Impulse. bzw. vor seinen Folgen auf eine äußere Gefahr zu verschieben.

Wir haben deutlich gesehen, wie diese Wahrnehmung des Impulses aus der Reaktion des Über-Ichs, unter dem Drucke des Schuldgefühles entstanden ist (Freud: „Das Über-Ich hat mehr vom Es gewußt als das Ich") und wie das Über-Ich seine ganze Strenge walten ließ in der verbalen Drohung: sie werde nimmer glücklich werden, „weil sie geträumt hatte".

Die Vorgeschichte ihrer akuten Erkrankung läßt vermuten, daß die Patientin im Laufe der Zeit sicherlich Zwangssymptome gebildet hätte, wenn durch die psychoanalytische Behandlung dem Fortschreiten des Leidens nicht Einhalt geboten worden wäre.

ANHANG

MELANCHOLIE

ELFTE VORLESUNG

Melancholische und depressive Zustände

Es liegt nicht im Programm unserer Vorträge, über psychotische Zustände zu sprechen. Ich kann es aber doch nicht unterlassen, aus dem Rahmen der sogenannten „narzißtischen Neurosen" das Krankheitsbild der melancholischen Depression herauszugreifen, weil vieles für das Verständnis der Neurose Notwendige durch den Einblick in das melancholische Zustandsbild mehr Klarheit gewinnen wird.

Die Patientin, der wir uns deshalb zuwenden wollen, ist eine zur Zeit der Behandlung 50-jährige, einst sehr begabte, in ihrem Vaterlande bekannte Schriftstellerin. Früher arbeitsfreudig und gesellig, hatte sie sich in den letzten Jahren in ihrer ganzen Persönlichkeit gewandelt. Sie schloß sich immer mehr vom Umgang mit Menschen ab, betätigte sich zwar noch eine Zeitlang in ihrem Berufe, bis ein akuter Schub vor etwa 3 Jahren ihren Zustand so verschlimmerte, daß sie in einem Sanatorium untergebracht werden mußte. Dort machte die Krankheit rapide Fortschritte. Seit etwa einem Jahr ist die Patientin in einer tiefen Depression, die zeitweise durch schwere Angstanfälle und fast deliriöse Erregungen unterbrochen wird. Die Gesamtheit ihrer Befürchtungen dreht sich um einen Gedanken, an dem sie hartnäckig festhält, obzwar sie zeitweise vernunftgemäß einsieht, daß die „fixe Idee" unsinnig ist. Trotz dieser Fähigkeit zur

teilweisen Korrektur, bleibt sie andauernd, mit wechselndem Affekte an dem Gedanken hängen: sie werde unbekleidet, wie sie im Bett liege, auf die Straße gestoßen werden und dort einsam und verlassen eines schrecklichen Todes sterben müssen. Manchmal äußert sie diesen Gedanken vollkommen apathisch, zuweilen drängt sie, man solle es „lieber früher als später" machen, ein andermal wieder schreit sie, in schwerster, deliranter Angst um Hilfe rufend: „sie kommen schon, sie kommen schon, lassen Sie mich nicht wegholen, haben Sie Mitleid mit mir". Zwischendurch beteuert sie, sie habe es nicht anders verdient und man tue gut daran, sie so grausam zu bestrafen. Geht man auf diese Selbstanklage näher ein, so weiß sie nichts Gravierendes anzuführen, als ganz belanglose, alltägliche Verfehlungen.

Nur sehr langsam und allmählich und ohne eigentliche Analyse gelingt es ihrem Seelenleben näher zu kommen und einen ausreichenden Einblick in ihren Zustand zu erlangen. Aus ihren ungeordneten Angaben sei das für das Verständnis Wichtige herausgehoben.

Sie meinte genau zu wissen, daß ihre Erkrankung mit dem Verlust eines kleinen Hundes, der das „Einzige", das Liebste war, was sie besessen hatte, begonnen habe. Sie fand ihn nie wieder und verfiel im Anschluß daran in eine Depression, die allmählich zu einer schweren Melancholie führte.

Schon früher hatte die Patientin viele Jahre hindurch an Zwangssymptomen gelitten, die ihr Geheimnis waren und von denen nicht einmal ihre nächste Umgebung Kenntnis hatte. Als Kind scheint sie psychisch gesund gewesen zu sein; jedenfalls gelang es nicht, irgendwelche Frühsymptome zu entdecken. Allerdings hatte der ganze Charakter der Patientin das typische Gepräge von Reaktionsbildungen, wie wir sie bei unseren zwangsneurotischen Kranken gesehen haben.

Eine schwere Eifersucht gegen eine um 8 Jahre jüngere, sehr schöne und sehr begabte Schwester war ihr aus den Kindheitserinnerungen voll bewußt geblieben. Aber der Haß und die Todeswünsche gegen die Schwester wurden später unter dem reaktiven

Gefühl der zärtlichsten, fürsorglichsten Schwesterliebe tief vergraben. Diese Wandlung trat ein, als die Patientin nach dem Tode der Mutter (im 12. Lebensjahre der Patientin) deren Rolle in der Beziehung zu der viel Jüngeren übernommen hatte. Es macht sogar den Eindruck, als wäre es ihr durch dieses überkompensierende Gefühl zur Schwester auch gelungen, sich frei von Schuldgefühlen der verstorbenen Mutter gegenüber zu halten. Wie immer dem sei, wieder sehen wir das schon so oft angetroffene Verhalten: im Verhältnis zu ihrem Pflegling blieb die Patientin aufopfernd und voll des asketischen Verzichtes „auf Alles" zu Gunsten dieser Schwester, die sie früher so sehr gehaßt hatte.

Im 18. Lebensjahr erkrankte sie nun, wie oben erwähnt, an zwangsneurotischen Symptomen mit typischen Zwangszeremoniellen. Sie mußte jede begonnene Tätigkeit so und so viele Male wiederholen. „Sonst wird der geliebten Schwester etwas geschehen", drohte die innere Stimme. Hier setzt sich in dieser Befürchtung die ursprüngliche böse Intention gegen die Schwester sehr deutlich durch. Sichtlich erlaubt die das Bewußtsein ganz beherrschende und masochistisch betätigte Liebe dem anderen Gedanken, nur in der Form der B e f ü r c h t u n g ins Bewußtsein zu treten. Scheinbar gelingt es dieser Überkompensierung nicht, das Schuldgefühl vollkommen zu beschwichtigen, denn das allwissende Über-Ich hat Kenntnis vom Verdrängten und fordert die zwangsneurotischen Zeremonielle zur Abwehr des Bösen. Warum sie gerade im 18. Lebensjahr erkrankte, ist mir nie klar geworden. Genug an dem, der bisherige Einblick in die Erkrankung hat uns soviel von den sadistischen Tendenzen verraten, daß wir auf Grund unserer Erfahrungen aus dem Vorigen sagen können, welchen Dispositionen die Neurose entsprang und welchen inneren Mechanismen sie ihr Entstehen verdankte.

Als die Patientin 21 Jahre alt war, stirbt der Vater und die schwierige materielle Lage, in die sie und ihre Schwester geraten, zwingt die ältere von beiden einen Beruf zu ergreifen und schwer zu arbeiten. Nun muß sie endgültig auf ihre ehrgeizigen Phantasien für die Zukunft, nämlich eine große Dichterin zu werden, verzich-

ten und in der mühevollen Arbeit einer Stenotypistin ein bewußtes, wenn auch sehr freiwilliges Opfer zu Gunsten ihrer jüngeren Schwester auf sich nehmen. Sie umgibt jetzt ihren Schützling mit zärtlichster, liebevollster Fürsorge und im harten Lebenskampf wird sie praktisch von ihren zwangsneurotischen Symptomen geheilt.

Wir können uns den spontanen Genesungsvorgang nicht anders vorstellen, als daß die Schwierigkeiten des Lebens und der opfervolle Verzicht soviel an masochistischer Befriedigung mit sich gebracht haben, daß ihre aggressiven Regungen gegen die Schwester in der Wendung gegen sich selbst befriedigt worden sind. Was jetzt der Schwester an Gefühlsbeziehungen zuströmt, ist bereits, man könnte sagen, purifiziert, von den negativen Bestandteilen des Ambivalenzkonfliktes befreit. Die einst durch die Schwester tief gekränkte Ichliebe gelangt jetzt — wenn auch auf Umwegen — zur Befriedigung. Die Patientin gibt den Kampf auf, sucht aber an der Schwester alles zu erfüllen und zu vollbringen, was sie für sich erträumt hatte und nicht erreichen konnte. Eine narzißtische Identifizierung dieser Art kommt sehr häufig im Verhältnis der Eltern zu ihren Kindern vor; bei der Patientin entstand sie auf einem bereits sehr krankhaften Boden, als Abwehrvorgang, dessen Erfolg im Sinne der psychischen Gesundheit wohl eine Zeitlang anhalten konnte, aber im späteren Verlaufe verhängnisvoll enden mußte.

Die beiden Schwestern lebten durch mehrere Jahre in voller Abgeschlossenheit, die ältere ganz dem masochistischen Opfer der Arbeit ergeben, die jüngere in ziemlich öden, wertlosen dichterischen Spielereien versunken, beide auf den großen Tag wartend, an dem die Welt das „Genie" der jüngeren anerkennen wird. Diese Existenz der beiden in überstarker Bindung auf einander eingestellten Mädchen erfährt eine unverhoffte Unterbrechung durch die Ehe der Jüngeren. Die undankbare Schwester verläßt ziemlich skrupellos die Ältere, um mit ihrem Manne ins Ausland zu übersiedeln. Die Patientin erträgt mit Ruhe und Würde die Trennung, scheint sich sogar am Glücke der Schwester zu freuen und bleibt einsam zurück. Von nun an geht sie ihren Weg etwas verwahrlost und menschen-

scheu weiter, im Zusammenleben mit einem Hündchen, das sie nach der Wegreise der Schwester zu sich genommen hatte. Eines Tages, nach etwa anderthalbjähriger Frist seit der Abreise der Schwester, verläuft sich der Hund und die Patientin scheut keine Mühe und Kosten, um den Verlorenen zu finden. Aber vergeblich. Hier setzt nun eine schwere Depression ein.

Dieser zeitliche Zusammenhang läßt keinen Zweifel, daß die Depression eine Folge des Verlustes des Tieres war. Auch der Patientin blieb dies nicht verborgen; sie mußte aber zugeben, daß ihr selbst die Größe ihrer Trauer etwas unvereinbar mit dem Anlaß erschien.

Es gehört nicht zu den Seltenheiten, daß der Ausbruch von Depressionszuständen durch einen scheinbar belanglosen Verlust, etwa bei einem Wohnungswechsel oder Ähnlichem ausgelöst wird. Diese Ereignisse sind dann nur der unmittelbare und willkommene Anlaß zum Durchbruch von tieferen, bedeutungsvolleren, bis dahin unterdrückten Reaktionen. Im Verlustcharakter dieser Anlässe liegt die Bedingung zur Mobilisierung jener Reaktionen.

Der harmlose Hund unserer Patientin war nur ein Ersatzobjekt für die verlorene Schwester; mit seinem Verschwinden belebt sich die ganze schwere Trauer, die die Patientin nach dem Verlust der Schwester in sich verborgen gehalten hatte.

Im weiteren Verlaufe der Behandlung tauchte bald hinter dem so einsichtsvollen Verhalten der Patientin bei der Trennung von der Schwester der bittere Vorwurf gegen die Undankbare, die Rückkehr der schwersten sadistischen Rache gegen die einst Gehaßte, später Geliebte und zum Schluß so Treulose, auf.

Was hatte ihr diese Schwester angetan? Zu Gunsten eines fremden Mannes hatte sie ihre aufopfernde Liebe enttäuscht und sie rücksichtslos ihrer Einsamkeit überlassen. Mit welchem Dank wurde es ihr gelohnt, daß sie zu einer Zeit, als die kleine Waise hilflos dastand, ihr die hilfreiche Hand reichte?

Je deutlicher in der Analyse allmählich das Bild des eigenen, verlorenen Schicksals wurde, umso stärker klangen die Anklagen gegen

die Schwester, umso drohender erhoben sich die Vorwürfe, bis sie zum Urteil gegen die Gehaßte wurden: zur Strafe Verstoßung auf die Straße, wohin sie ohnehin geraten wäre, wenn nicht die Liebe der Schwester sich ihrer angenommen hätte.

Die Verfolgung des ganzen seelischen Werdeganges unserer Patientin läßt uns trotz des wechselnden Bildes eine Konsequenz der inneren Geschehnisse erkennen. Zuerst Haß und Aggression gegen die Schwester, Abwehr dieser Regungen durch zwangsneurotische Mechanismen, später gelungene Überkompensierung des Hasses durch Liebe und Zärtlichkeit, Befriedigung der narzißtischen Kränkungen durch Identifizierung mit der Schwester und schließlich Wendung der Aggressionen in ein masochistisch befriedigendes Aufopfern für sie. Eine glänzende Inszenierung, eine gute ökonomische Verwaltung im seelischen Haushalte.

Nach der Enttäuschung an der Schwester wird das seelische Arrangement nicht aufgegeben; es bekommt nur Zuschüsse, neue Quantitäten aggressiver Regungen, bis es zu dem schweren Krankheitsbild kommt. Die Identifizierung wird aufrecht erhalten und ebenso die masochistische Wendung gegen das Ich. Die Strafe, die sie der Schwester zugedacht hatte, nämlich die Schuldige „auf die Straße hinauszuwerfen", damit sie dort in grausamem Elend zugrunde gehe, hören wir immer wieder von der Patientin in stereotyper Monotonie fordern, aber nicht mehr als Drohung gegen die Schwester, sondern gegen sich selbst, einmal um ihre Ausführung bittend, das andere-mal in heftigster Angst dieselbe abwehrend. Jetzt verstehen wir, wem diese Strafe zukommen sollte und warum die Patientin in schwersten Selbstbeschuldigungen behauptete: „ich habe es nicht anders verdient". Die eigenen, sich zugeschriebenen Verbrechen wären wohl belanglos gewesen, die Tat der Schwester aber hatte es „nicht anders verdient", als mit der schwersten Bestrafung belegt zu werden.

Von der Schwester verlassen ist die Patientin einsam, ohne Liebesobjekt geblieben. Es ist ihr nicht möglich, für die Liebe ein neues Objekt zu finden, denn die Bedingungen ihrer Bindung an

die Schwester haben ihr jede Möglichkeit der Übertragung auf neue Objekte genommen. Sie bleibt innerlich mit der Schwester verbunden. Die seelischen, zur positiven Verwertung dieser Beziehung nicht mehr fähigen Energien, erleiden folgendes Schicksal: die abgezogene Libido zieht sich in Positionen zurück, die schon vorher durch die weitgehende Identifizierung mit der Schwester vorbereitet waren. Statt in die Außenwelt fließt jetzt der Strom der libidinösen Energie in die Innenwelt zurück und besetzt narzißtisch das eigene Ich. Die narzißtische Identifizierung mit der Schwester, die früher zu Gunsten der Schwester verwendet wurde, verstärkt sich und sämtliche Aggressionen und mörderischen Haßtendenzen gegen die Schwester wenden sich jetzt auch gegen das eigene, sich identifizierende Ich.

Erinnern Sie sich an den Fall von Agoraphobie, den wir hier besprochen haben. Jene Patientin konnte auf der Straße frei von Angstzuständen bleiben, wenn sie ihre Mutter oder eine Ersatzperson für diese mitgenommen hatte. Wir konnten feststellen, daß durch einen Identifizierungsprozeß Aggressionen, die gegen die Mutter gerichtet waren, zur Gefahr für die eigene Person wurden. Dort aber hatte es sich um eine hysterische Identifizierung gehandelt, die sich auf einzelne psychische Aktionen und Vorstellungen bezogen hatte und einer Korrektur unterzogen werden konnte.

Hier aber, bei dieser schwer kranken Patientin hatte diese Identifizierung einen ganz anderen Charakter. Sie ging mit einem Aufgeben des Objektes in der Außenwelt einher; das Objekt befand sich bereits ganz im identifizierten Ich, so daß alles was dem Objekte an Gefühlen und Vorstellungen zuströmte, jetzt dem eigenen Ich galt.

In ihren früheren Lebensperioden besaß die Patientin noch die innere Möglichkeit, ihre sadistischen Impulse durch Reaktionsbildungen (Überzärtlichkeit usw.) im Banne zu halten. Die strafenden, destruktiven Kräfte des Gewissens konnten damals noch teils durch Schutzmaßnahmen (Zwangssymptome), teils durch masochistische Opfer gehemmt und bestochen werden.

Nach dem verräterischen Verhalten der Schwester kam es jedoch

bei unserer Patientin zu einem Zusammenbruch des seelischen Gefüges, in welchem bis dahin die Liebe noch ihre bindenden und erhaltenden Dienste geleistet hatte. Jetzt aber gibt es nur noch Wut, Haß und Vernichtung. Der Patientin stehen keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung, als entweder ihre ganzen Aggressionen nach außen, gegen die Schwester abzuführen, oder sie zu meistern und die Folgen dieser Unterdrückung an sich selbst zu erleiden. Denn wir wissen bereits, daß eine derartig gehemmte Aggression sich den Energien des Über-Ichs zur Verfügung stellt und sich dadurch gegen das eigene Ich, nach innen richten kann.

In der letzten Phase ihres psychischen Leidens kommt es bei unserer Patientin zu einem seelischen Vorgang, der für die Melancholie typisch ist und der mit einer besonderen Verstärkung der destruktiven Regungen vor sich geht.

Die Identifizierung mit der geliebten Schwester hat noch vor dem Ausbruch der melancholischen Depression stattgefunden. Dadurch kann sich die Patientin auf diesem Wege eine Entschädigung für verschiedene eigene Verzichte holen. Erst nach dem endgültigen Verlust der Schwester wird diese Identifizierung für die Patientin verhängnisvoll und weckt die schweren Reaktionen in Form eines melancholischen Zustandes. Mit dem Verlust des Objektes kommt es nämlich nicht nur zum Aufflackern der sadistischen Aggressionen, die wir schon aus der Zeit ihrer zwangsneurotischen Symptome kennen, sondern es setzt auch ein neuerlicher, regressiver Vorgang ein. Dieser führt in eine tiefer vergrabene Phase, in der die Aggressionen noch mörderischer, die Ambivalenz noch vernichtender ist. In dieser primitiven Säuglingsphase, deren Wiederbelebung jetzt erfolgte, ist die Beziehung des Kindes zur Außenwelt durch die nahrungsspendende Mutterbrust hergestellt und das kannibalische Insichaufnehmen, Sicheinverleiben des Objektes auf oralem Wege ist für diese Phase charakteristisch.

In diese „oral" genannte Entwicklungsepoche versinkt unsere Patientin nach dem entgültigen Liebesverlust. Daher wird die Identifizierung mit der Schwester jetzt gleichbedeutend mit der „Einver-

leibung“, d. h. mit dem vollständigen Verschwinden der Grenzen zwischen dem eigenen Ich und dem der Anderen.

Der neuerliche regressive Vorgang bringt es mit sich, daß die mit ihm einhergehende „Triebentmischung“ noch mehr an destruktiven Kräften freimacht, so daß diese jetzt gegen das eigene Ich gewendet werden können. In dieser „identifizierten“ Rolle wird das Ich erniedrigt, beschimpft, mit strengsten Strafen und sadistischen Grausamkeiten verfolgt.

Wenn also die grausame Verwerfung, die strengen Selbstanklagen der Melancholie ursprünglich dem Objekte galten, so sehen wir jetzt, daß wohl die Mittel des Kampfes dieselben geblieben sind und nur der Schauplatz geändert wurde. Das Ich erscheint jetzt in zwei Teile gespalten. Der eine Teil schließt das introjizierte Objekt ein, der zweite Teil verwirft dieses identifizierte Ich, wütet gegen das Ich, verhängt Strafen darüber. Dieser Teil, der jetzt die Aggressionen an sich gerissen hat, entspricht jener kritischen Instanz im Innern, die wir schon früher als Über-Ich kennen gelernt haben.

Wir haben auch schon vorher unsere Aufmerksamkeit der Tatsache zugewendet, daß je niedriger die Entwicklungsphase der Libido ist d. h. je tiefer im Infantilen ihre Regression, desto weniger fest ist die Bindung zwischen den destruktiven Tendenzen und den libidinösen, desto weitgehender die Triebentmischung, desto stärker die aggressiven Auswirkungen im Über-Ich.

Bei der Zwangsneurose ist diese Entmischung d. h. das Freiwerden der destruktiven Tendenzen nicht so weitgehend, wie bei der Melancholie. Dort ist die Beziehung zum Objekte erhalten und die destruktiven Regungen selbst sind noch libidinös gebunden. Die Liebe wird zur Aggression, aber in dieser Aggression liegt noch eine libidinöse, das Liebesobjekt erhaltende Komponente. Allerdings haben wir gesehen, daß auch bei der Zwangsneurose das Resultat der Triebentmischung in der übermäßigen Strenge des Über-Ichs zum Ausdruck kommt.

Bei der Melancholie ist die Triebentmischung für das

Ich viel verhängnisvoller wie bei der Zwangsneurose, bei der das Über-Ich zum strengen Einhalten der Schutzmaßregeln herausfordert, aber durch dieselben gleichzeitig die Vernichtung zu verhüten zwingt.

Der für die Melancholie typische Vorgang der „Introjektion" des Objektes kam bei unserer Patientin deutlich zum Vorschein; denn hier hatte noch vor dem Ausbruch der Psychose die Identifizierung mit der Schwester eine große Bedeutung gewonnen. Ja, die „Verinnerlichung" des ursprünglichen Verhältnisses zwischen der Kranken und ihrer Schwester, d. h. seine Verlegung aus der Realität in die seelischen Instanzen, läßt sich hier noch weiter verfolgen.

In einer bestimmten Lebensphase hatte die Patientin den ursprünglichen Ambivalenzkonflikt mit der Schwester so zur Lösung gebracht, daß sie nach dem Tode der Eltern sich selbst der Jüngeren als Vertreterin jener angeboten und so eine Eltern-Kindbeziehung hergestellt hatte, an der sie damals praktisch selbst genesen konnte. Diesen Genesungsvorgang versuchten wir uns früher durch das masochistische Opfer einerseits, durch die gelungene Überkompensierung ihrer Gefühle für die Schwester andererseits, zu erklären.

Die psychologische Technik des damaligen Heilungsprozesses wird uns nachträglich aus der Art seines Abbaus in der späteren Erkrankung erst tiefer verständlich.

In ihrem mütterlichen Verhältnis zur Schwester gelang es der Patientin sichtlich die frühere Spannung zwischen den seelischen Instanzen, die in den zwangsneurotischen Symptomen bereits merklich war, durch die Liebe zu mildern und zwar so, daß sie in dieser Umgestaltung ihrer alten, neiderfüllten Beziehungen zur jener, selbst die Rolle einer erzieherischen Macht übernommen hatte u. zw. einer milden, gerechten und verzeihenden. Sie hatte sich in dieser Funktion, gewissermaßen ihrem eigenen Über-Ich als Beispiel hingestellt und konnte nun von ihm erwirken, daß es sich ihr gegenüber so gütig benahm, wie sie zu ihrer Schwester.

Dieser Vorgang war eine gelungene Umkehrung des vorausgegangenen Zustandes, in welchem die Aggression gegen die Schwester

eine Rückwendung gegen das eigene Selbst erfahren hatte. Im Genesungsvorgang erscheinen die destruktiven Tendenzen wieder in Liebe gebunden, so daß das beruhigte Gewissen seine Milde walten lassen kann.

Nach der Enttäuschung bei der Schwester gab die Patientin ihre Rolle der gütigen Elternobhut auf und zog gleichzeitig auch diese Beziehung in ihre seelische Innenwelt ein. Was aber früher durch die Liebe versöhnlich geworden, bewußt und aktiv an ein Objekt in der Außenwelt gerichtet erschien, wendete sich jetzt bei diesem Rückzug von der Realwelt, beleidigt, böse, unerbittlich und vor allem unbewußt gegen das eigene Ich.

Wir sind hier Zeugen eines historisch-chronologischen Vorganges.

Zuerst ist das Über-Ich aus der Identifizierung mit den eigenen Eltern entstanden, als innere Vertretung der ursprünglichen Autorität in der Außenwelt.

In der späteren Schwesterbeziehung ist ein Teil dieser „Verinnerlichung" wieder in die Realwelt hinausprojiziert worden und das Walten des hier besonders strengen Über-Ichs konnte dadurch gemildert werden.

Nach der Enttäuschung an der Schwester unterlag diese Projektion einer neuerlichen Introversion, d. h. dem Rückzug in die seelische Vertretung der ursprünglich elterlichen und später eigenen, an der Schwester gütig geübten Autorität. Diese nun innere Instanz ist jetzt unnachsichtig geworden und wendet bereits die ganze Strenge gegen das Ich der Patientin.

Die Introjektion erstreckt sich hier somit auf die objektlibidinösen Beziehungen, indem diese der Identifizierung, dem oralen „Insichaufnehmen" unterlegen sind, wie auch auf den autoritativen Anteil der Beziehung zur Außenwelt. Im letzteren hatte die Patientin selbst die Rolle der Eltern übernommen. Diese Reproduktion der elterlichen Beziehung hatte zum Schluß einen durchwegs strafenden Charakter angenommen; durch ihre Introversion konnten sich die strafend-destruktiven Kräfte im Über-Ich auswirken.

Das Mutter-Kindverhältnis zwischen ihr und der Schwester spielt sich jetzt im Inneren ab, nicht mehr gütig und milde wie früher, sondern als Ausdruck der höchsten Spannung zwischen dem erleidenden Ich und dem wütenden Über-Ich.

In den Selbstanklagen der Patientin hörten wir die Stimme des anschuldigenden und mit Strafen drohenden Über-Ichs. Ein anderes Mal wieder schien der passiv erleidende Teil des Ichs zu Worte zu kommen und gab seine heftige Angst vor der Strafe kund. Zeitweise vernahmen wir die Abwehrversuche der Strafe durch Bitten, Flehen und Versprechen der Besserung, genau so wie ein bestraftes oder bedrohtes Kind seine strengen Erzieher anzuflehen pflegt.

Immer aber, in ununterbrochener Monotonie klangen uns zwei Stimmen entgegen, die uns Botschaft gaben von einem schweren, tief im Unbewußten sich abspielenden Kampfe zwischen der narzißtischen Ichliebe und der destruktiven Ichvernichtung.

Bei der Besprechung des Libidoschicksales erkannten wir in der Regression zur oralen Phase und in der damit verbundenen Introjektion des Objektes, einen für die Melancholie typischen Vorgang. Der hier besprochene Fall war ein klassisches Beispiel dafür.

Ob er für alle Fälle der melancholischen Depression seine Gültigkeit behält, kann man nicht mit voller Sicherheit behaupten. Letzten Endes ist das Wesentliche des melancholischen Krankheitsbildes, der Zwiespalt zwischen dem Ich und dem Über-Ich und ein dadurch entstehender mörderischer Kampf einer seelischen Instanz gegen die andere.

Es gibt sicher Fälle von melancholischer Depression, in denen eine besondere Strenge des Über-Ichs allein genügt, um zeitweise, vielleicht in periodischer Aufstauung gegen das Ich zu wüten, ihm das harmonische Beisammensein zu verweigern und von dem Mißhandelten eine Schuldabtragung zu fordern.

Eine von mir beobachtete Patientin gibt darüber sehr einleuch-

tend Aufschluß. Im bewußten Haß gegen die Mutter hatte sie ihre ganze Lebensführung im Sinne des Protestes gegen jene eingerichtet. Man kann sagen, daß jede Geste ihres Lebens die Bedeutung des Triumphes einer gehässigen Rache gegen die Mutter bekommen hat. Ihr Liebesleben, ihre idealen Forderungen, ihre Berufswahl, kurz der ganze Lebensinhalt ist auf dieser nie erloschenen Feindseligkeit aufgebaut. In periodischen Zeitabschnitten treten schwere Depressionen auf, die in ihrem Inhalte eine gehorsame Hingabe an die Mutter bedeuten, eine Verzichtleistung auf die gegen die Mutter aufgerichteten Werte, eine Buße für die andauernden Überschreitungen der mütterlichen Gebote. Die Depressionen gehen jedesmal in eine Periode einer besonderen Steigerung der Lebensfreude, der Arbeitstüchtigkeit und der Liebesfähigkeit über. Diese anschließende Zeit ist durch das Übermaß verdächtig und verrät auch ihre Beziehung zum alten Mutterverhältnis dadurch, daß in ihr die früher erwähnten gegen die Mutter gerichteten Lebensformen mit besonderer Intensität aufzutreten pflegen. Hier scheint ein leicht manischer „Triumph" der Depression nachzufolgen, in dem das Ich die Herrschaft des strafenden Gewissens abwirft bezw. nach dem Erleiden der Strafe, eine Zeitlang seine besondere Toleranz erwirken kann.

Ähnlich scheinen sich die Vorgänge im normalen Seelenleben abzuspielen. Die periodischen Schwankungen der Stimmungen, denen die meisten Menschen unterworfen sind, entsprechen wahrscheinlich in gemilderter Form der Periodizität des manisch-depressivem Irreseins, mit dem ständigen Schwanken zwischen der Abhängigkeit vom Über-Ich und dem Triumphe seiner Überwindung. Vielleicht gehört es zur tiefsten Notwendigkeit jedes Kulturmenschen, so viel an Aggressionen in seinem Inneren zu drosseln, daß ihre Aufspeicherung im Über-Ich von Zeit zu Zeit einen Druck auf das Ich auszuüben beginnt, worauf dieses zurückgescheucht und bedroht seine lebensbejahenden Beziehungen zum Dasein vermindert, d. h. in eine mehr oder minder starke Depression verfällt. Allmählich erschöpft sich dann scheinbar die Spannung und es kommt entweder zu einem Abwerfen des Druckes

mit Entwicklung des freudigen Gefühls einer inneren Befreiung (hypomanische Zustände noch im Normalen) oder es stellt sich eine ruhige Ausgeglichenheit ein, als Zeichen der harmonischen Aussöhnung im Innenleben.

Die hysterischen Depressionen können als Folgen eines realen Objektverlustes auftreten und stellen dann pathologische Reaktionen auf diesen dar. Übrigens kann — wie wir gesehen haben — auch die Melancholie in Anschluß an einen realen Verlust entstehen. Die Reaktionsweise entspricht dann dem dispositionellen Momente. Bei der Hysterie kann der reale Verlust eine Rückwendung zu einem in der Kindheit aufgegebenen, aber im Unbewußten erhaltenen Objekte hervorrufen und die pathologische Depression spielt sich bereits außerhalb des realen Konfliktes unter dem Zeichen regressiver Vorgänge und infantiler Bindungen ab.

Solche hysterische Depressionen haben wir bei der Patientin beobachten können, deren Leiden wir „Schicksalsneurose" genannt haben. Zeitlebens trauerte sie unbewußt ihrem Vater nach, den sie als Liebesobjekt nicht aufgegeben hatte. Jedes neue Liebeserlebnis mußte mit Erneuerung alter Verlustreaktionen enden.

Der „Verlust" kann auch einen mehr narzißtischen Inhalt haben. Ein typisches Beispiel dafür sind die menstruellen Depressionen als Ausdruck einer Verlustreaktion im Sinne der Kastration oder der, im Unbewußten phantasierten Schwangerschaft. Hierher gehören auch die häufig sehr schweren klimakterischen Depressionen bei beiden Geschlechtern als Reaktion auf die verlorengehende „Weiblichkeit", bezw. „Männlichkeit".

Oft ist es schwer die Grenze zwischen einer melancholischen und einer neurotischen (hysterischen) Depression zu ziehen. In seiner Abhandlung über „Das Problem der Melancholie" vertritt Radó die Anschauung, daß der neurotischen Depression dieselben Mechanismen zugrunde liegen wie der melancholischen.

Im Rahmen der „Depression" gibt es sicher verschiedene Krankheitstypen und fließende, nicht scharf abgrenzbare Übergänge zwi-

schen den verschiedenen Neurosenformen. Maßgebend ist, die Tiefe der Regression, das innere Schicksal der Objektbeziehungen und der Grad des Entmischungsvorganges, d. h. der Freiwerdung der destruktiven Tendenzen.

Im Laufe unserer Besprechungen haben wir oft beobachten können, wie abhängig die Schwere und die Form des neurotischen Leidens von diesen letzterwähnten Momenten ist.

REGISTER

dkk 7,-

10/7-23

HELENE DEUTSCH / PSYCHOANALYSE DER NEUROSEN

Psychoanalyse der Neurosen

Elf Vorlesungen
gehalten am Lehrinstitut der Wiener
Psychoanalytischen Vereinigung

Von

Dr. Helene Deutsch

Internationaler Psychoanalytischer Verlag
Wien